

Innehåll

BILAGEDEL A

DEL 1 – REMISSINSTANSENAS SYNPUNKTER PÅ SOU 1999:137

1 Remissinstansernas synpunkter på kommitténs preliminära nationella strategi och diskussionsfrågor i SOU 1999:137 23

- 1.1 Allmänna synpunkter..... 23
 - 1.1.1 Antal remissinstanser..... 23
 - 1.1.2 Avgränsning av redovisningen i kapitlet..... 24
 - 1.1.3 Övergripande synpunkter..... 24
- 1.2 Synpunkter på kapitel 2 Etiska utgångspunkter och
prioriteringskriterier 26
 - 1.2.1 Hälso- och sjukdomsbegrepp..... 27
 - 1.2.2 Relationen mellan välfärdsolitik och hälsopolitik 28
 - 1.2.3 Individens respektive samhällets ansvar..... 28
 - 1.2.4 Utsatta grupper 29
 - 1.2.5 Genderperspektiv och barnperspektiv 29
- 1.3 Synpunkter på kapitel 3 Vision, övergripande strategier och
hälsopolitiska mål för en bättre och jämlik hälsa 30
 - 1.3.1 Kommitténs vision för ett hälsovänligt samhälle 30
 - 1.3.2 Övergripande strategier och hälsopolitiska mål 32
- 1.4 Synpunkter på kapitel 12 Frågor inom ramen för
betänkandet..... 39
 - 1.4.1 Synpunkter på kapitel 12 Nya frågeställningar 47

DEL 2 – UPPDATERINGAR AV SAKAVSNITT I SOU 1999:137

2 Ekonomiska och sociala villkor 51

- 2.1 Arbetsliv 51
 - 2.1.1 Sammanfattning av avsnitt 4.2 i SOU 1999:137 51
 - 2.1.2 Kompletteringar..... 59
 - 2.1.3 Bedömning..... 67

2.2	Ekonomisk trygghet.....	71
2.2.1	Sammanfattning av avsnitt 4.3 i SOU 1999:137	71
2.2.2	Kompletteringar	76
2.2.3	Bedömning.....	84
2.3	Socialt kapital, sociala nätverk och socialt stöd	87
2.3.1	Sammanfattning av avsnitt 5.2 i SOU 1999:137	87
2.3.2	Kompletteringar	93
2.3.3	Bedömning.....	102
3	Miljöfaktorer, mat och fysisk aktivitet	105
3.1	Miljöfaktorer	105
3.1.1	Sammanfattning av kapitel 6 i SOU 1999:137	105
3.1.2	Kompletteringar	112
3.1.3	Bedömning.....	121
3.2	Grönområdets betydelse för rekreation	123
3.2.1	Sammanfattning av avsnitt 7.2 i SOU 1999:137	123
3.2.2	Kompletteringar	128
3.2.3	Bedömning.....	133
3.3	Mat och matvanor.....	135
3.3.1	Sammanfattning av avsnitt 8.2 i SOU 1999:137	135
3.3.2	Kompletteringar	141
3.3.3	Bedömning.....	146
3.4	Fysisk aktivitet.....	149
3.4.1	Sammanfattning av avsnitt 8.3 i SOU 1999:137	149
3.4.2	Kompletteringar	154
3.4.3	Bedömning.....	158
4	Droger	161
4.1	Tobak.....	161
4.1.1	Sammanfattning av avsnitt 9.2 i SOU 1999:137	161
4.1.2	Kompletteringar	165
4.1.3	Bedömning.....	170
4.2	Alkohol.....	173
4.2.1	Sammanfattning av avsnitt 9.3 i SOU 1999:137	173
4.2.2	Kompletteringar	181
4.2.3	Bedömning.....	188
4.3	Narkotika	189
4.3.1	Sammanfattning av avsnitt 9.4 i SOU 1999:137	189
4.3.2	Kompletteringar	194
4.3.3	Bedömning.....	202

4.4	Läkemedelsberoende	203
4.4.1	Sammanfattning av avsnitt 9.5 i SOU 1999:137	203
4.4.2	Remissynpunkter	211
4.4.3	Bedömning.....	213
5	Vissa sjukdomar och skador.....	215
5.1	Psykisk hälsa	215
5.1.1	Sammanfattning av avsnitt 10.2 i SOU 1999:137 ...	215
5.1.2	Kompletteringar	228
5.1.3	Bedömning.....	235
5.2	Skador.....	238
5.2.1	Sammanfattning av avsnitt 10.3 i SOU 1999:137 ...	238
5.2.2	Kompletteringar	245
5.2.3	Bedömning.....	248
5.3	Hudcancer.....	250
5.3.1	Sammanfattning av avsnitt 10.4 i SOU 1999:137	250
5.3.2	Kompletteringar	255
5.3.3	Bedömning.....	256
5.4	Allergier.....	258
5.4.1	Sammanfattning av avsnitt 10.5 i SOU 1999:137	258
5.4.2	Kompletteringar	267
5.4.3	Bedömning.....	269
5.5	Prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och oönskade graviditeter.....	271
5.5.1	Sammanfattning av avsnitt 10.6 i SOU 1999:137	271
5.5.2	Kompletteringar	276
5.5.3	Bedömning.....	282
6	Målgrupper	285
6.1	Barn och ungdom.....	285
6.1.1	Sammanfattning av avsnitt 11.2 i SOU 1999:137	285
6.1.2	Kompletteringar	292
6.1.3	Bedömning.....	300
6.2	Äldre	303
6.2.1	Sammanfattning av avsnitt 11.3 i SOU 1999:137	303
6.2.2	Kompletteringar	310
6.2.3	Bedömning.....	318
6.3	Invandrare.....	319
6.3.1	Sammanfattning av avsnitt 11.4 i SOU 1999:137	319
6.3.2	Kompletteringar	325
6.3.3	Bedömning.....	333

BILAGEDEL B

DEL 3 – NYA SAKAVSNITT

7	Regionala skillnader i hälsa och levnadsvillkor	353
7.1	Befolkningen i Sverige lever allt längre – männens medellivslängd ökar – kvinnornas är oförändrad	353
7.2	Regionala skillnader i dödlighet	354
7.3	Regionala skillnader i sjuklighet	355
7.4	Bedömning	356
8	Stress i arbetslivet	359
8.1	Stressbegreppet	359
8.1.1	Två tanketraditioner	359
8.1.2	Biologiska effekter av långvarig stress	362
8.1.3	Vissa begrepp i samband med diskussionen om stress	364
8.1.4	Psykosociala faktorerens vidare betydelse för hälsan ..	369
8.2	Utvecklingen under senare år	370
8.3	Åtgärder mot stressutvecklingen	375
8.4	Bedömning	375
9	Utbildning i ett hälsoperspektiv	385
9.1	Inledning	385
9.2	Grundskolan och gymnasieskolan	387
9.2.1	Skolans ledning och organisation	387
9.2.2	Skolans styrdokument	388
9.2.3	Situationen i skolan	390
9.3	Pågående utvecklingsarbete	404
9.3.1	En förnyad lärarutbildning	404
9.3.2	Elevvårdsutredningen	405
9.3.3	Svenska Kommunförbundets arbete med hälsa	407
9.3.4	Skolverkets arbete med hälsa	407
9.3.5	Folkhälsoinstitutets arbete i skolan	409
9.3.6	Arbetskyddsstyrelsen	412
9.3.7	Ungdomsstyrelsen	413
9.3.8	Arbetslivsinstitutet	413
9.3.9	Barnombudsmannen (BO)	414
9.3.10	Jämställdhetsombudsmannen (JÄMO)	414
9.3.11	Andra myndigheters/nationella organs hälsoarbete riktat till skolan	414

9.4	Bedömning.....	415
9.4.1	Oroande brister	415
9.4.2	Utveckling pågår.....	416
9.4.3	Samordning behövs	416
9.4.4	Utbildning	417
9.4.5	Forskning	418
9.5	Vuxenutbildning.....	418
9.5.1	Vuxenutbildningen växer	419
9.5.2	Kunskapslyftsprojektet	419
9.5.3	Bedömning.....	421
10	Kultur och folkhälsa	425
10.1	Inledning.....	425
10.2	Kulturens samband med hälsa	426
10.2.1	Definitioner och avgränsningar	428
10.2.2	Kulturkonsumtion och kulturutövande i befolkningen	430
10.2.3	Effekter för individ och samhälle	433
10.3	Orsaker och möjligheter att påverka.....	444
10.4	Befintliga mål och åtgärder	445
10.5	Bedömning.....	449
11	Tandhälsa	451
11.1	Inledning.....	451
11.2	Förekomst av problem med tandhälsan.....	452
11.2.1	Tandhälsa hos barn och ungdomar	452
11.2.2	Tandhälsa hos vuxna	453
11.2.3	Tandhälsa hos invandrare	454
11.2.4	Tandhälsa hos äldre	454
11.2.5	Tandhälsa hos funktionshindrade	456
11.2.6	Samband mellan oral hälsa och generell hälsa	456
11.3	Kunskap om orsaker	457
11.3.1	Tobak och tandhälsa	457
11.4	Möjligheter att förebygga	458
11.4.1	Förebyggande arbete avseende tobak och tandhälsa	459
11.5	Utvecklingstendenser	459
11.5.1	Kostnader för tandvård	460
11.5.2	Uppsökande tandvård	461
11.6	Forskningsbehov.....	462
11.7	Bedömning.....	462

12	Ätstörningar	465
12.1	Olika typer av ätstörningar	465
12.2	Förekomst av ätstörningar och tendenser	467
12.3	Orsaker och möjlighet att påverka utvecklingen	469
12.4	Forskningsbehov.....	471
12.5	Aktörer.....	472
12.6	Bedömning.....	472
13	Genusperspektiv i nationella strategin för folkhälsan	475
13.1	Inledning.....	475
13.2	Innebörden av ett genusperspektiv	476
13.3	Behovet av ett genusperspektiv i den nationella strategin	477
13.3.1	Förvärvsarbete.....	477
13.3.2	Arbetslöshet	483
13.3.3	Arbetsmarknadspolitiska åtgärder.....	486
13.3.4	Socialt kapital.....	487
13.3.5	Obetalt hemarbete	490
13.3.6	Sexualiserat våld	492
13.3.7	Flickors och pojkars villkor	497
13.3.8	Tobak, alkohol	501
13.3.9	Sexualitet.....	502
13.3.10	Genusinriktad mansforskning	503
13.3.11	Långsiktig satsning på forskning, metod- utveckling och utbildning.....	504
14	Hälsa och funktionshinder	505
14.1	Inledning.....	505
14.2	Hälsofaktorer	508
14.2.1	Ekonomi	509
14.2.2	Arbete och utbildning.....	512
14.2.3	Hälsa, funktionshinder och kön	515
14.2.4	Barn.....	518
14.2.5	Invandrare	520
14.2.6	Bemötande och tillgänglighet	520
14.2.7	Kost- och levnadsvanor.....	521
14.2.8	Motion och rekreation.....	523
14.2.9	Hälso- och sjukvården.....	526
14.3	Handikapporganisationernas hälsoinsatser	530
14.4	Bedömning.....	531

15 Homo- och bisexuellas hälsa	537
15.1 Att ”komma ut”	538
15.2 Homo- och bisexuellas hälsa	539
15.3 Orsaker och möjligheter att påverka.....	544
15.4 Befintliga mål och strategier	548
15.5 Bedömning.....	550

DEL 4 – AKTÖRER I FOLKHÄLSOARBETET

16 Individens och samhällets ansvar för hälsan	555
16.1 Inledning.....	555
16.1.1 Tidigare behandling	555
16.1.2 Syfte och uppläggning	556
16.2 Individens och samhällets ansvar – ömsesidig påverkan	557
16.3 Motiv för individen och samhället att ta ansvar för hälsan ...	559
16.3.1 Individens motiv	559
16.3.2 Samhällets motiv	560
16.4 Individens och samhällets differentierade ansvar	562
16.4.1 Livsstil och levnadsvanor	562
16.4.2 Social miljö.....	563
16.4.3 Relevanta politikområden.....	564
16.4.4 Avslutande reflektioner	565
16.5 Förändringar som kan påverka ansvarsfördelningen i framtiden.....	566
16.5.1 Den demografiska utvecklingen	566
16.5.2 Ett mer heterogent samhälle	567
16.5.3 Den medicinska och tekniska utvecklingen.....	568
16.5.4 Ökade kunskaper hos individen.....	569
16.5.5 Internationaliseringen	569
16.5.6 Slutsatser.....	570
17 Myndigheternas samverkan och ansvar inom folkhälsoområdet	571
17.1 Inledning.....	571
17.2 Aktörernas redovisning av samverkan	572
17.2.1 Områdesövergripande inriktning.....	572
17.2.2 Arbetsmiljö	574
17.2.3 Arbetsmarknad.....	575
17.2.4 Ekonomisk trygghet.....	576
17.2.5 Innemiljö.....	576
17.2.6 Utemiljö	577

17.2.7	Tobak	578
17.2.8	Alkohol och narkotika.....	578
17.2.9	Läkemedel.....	579
17.2.10	Skador	579
17.2.11	Hudcancer	581
17.2.12	Mat och matvanor	581
17.2.13	Fysisk aktivitet	582
17.2.14	Smittskydd.....	583
17.2.15	Barn och ungdom	583
17.2.16	Äldre.....	583
17.2.17	Invandrare	584
17.3	Aktörernas syn på ansvarsfördelningen.....	584
17.3.1	Arbetsmiljö och arbetsmarknad	584
17.3.2	Ekonomisk trygghet	587
17.3.3	Inne- och utemiljö	587
17.3.4	Alkohol.....	588
17.3.5	Mat, matvanor och fysisk aktivitet.....	589
17.3.6	Allergier	590
17.3.7	Hudcancer	590
17.3.8	Skador	590
17.3.9	Barn och ungdom	593
17.3.10	Övriga aktörer	594
17.4	Sammanfattning och bedömning av ansvarsfrågan	595
17.4.1	Sammanfattning	595
17.4.2	Bedömning.....	596
18	En hälsoinriktad hälso- och sjukvård.....	599
18.1	Inledning.....	599
18.2	En hälso- och sjukvård som främjar hälsan.....	600
18.2.1	Hälso- och sjukvårdens insatser för att förebygga sjukdom.....	601
18.2.2	Hälso- och sjukvårdens insatser för att främja hälsa	606
18.2.3	Hälso- och sjukvårdens bidrag som kunskaps-givare.....	610
18.2.4	Samhällsmedicin som strategisk resurs.....	610
18.2.5	Förtydligat samarbetsansvar	613
18.3	Hinder och möjligheter.....	613
18.3.1	Hinder.....	613
18.3.2	Möjligheter.....	614

18.4	Bedömning.....	616
18.4.1	Hälso- och sjukvårdens roll för folkhälsan.....	616
18.4.2	Viktiga åtgärder	620
19	Ett stärkt kommunalt folkhälsoperspektiv	625
19.1	Inledning.....	625
19.1.1	Engagemanget för folkhälsofrågor har ökat	625
19.1.2	Innehåll och syfte.....	626
19.2	Vad vill kommunerna prioritera?	627
19.2.1	Viktiga målområden	627
19.2.2	Sjukdomar och skador	629
19.2.3	Målgrupper	629
19.3	Att stärka kommunernas förutsättningar – enkätsvar från engagerade kommunpolitiker	630
19.3.1	Att stärka det kommunala folkhälsoperspektivet (fråga 1)	631
19.3.2	Prioriterade områden och åtgärder (fråga 2 och 3)...	631
19.3.3	Kommunernas behov av stöd (fråga 4).....	632
19.4	Perspektiv på kommunernas folkhälsoupdrag.....	633
19.4.1	Samverkan	633
19.4.2	Styrning.....	635
19.4.3	Kunskapsutveckling.....	636
19.4.4	Utbildning och kompetensutveckling	637
19.4.5	Resurstillskott	637
19.4.6	Nätverkens betydelse	637
19.5	Bedömning.....	639
20	Folkrörelsernas och andra organisationers påverkan på hälsan	643
20.1	Inledning.....	643
20.1.1	Utgångspunkter och syfte	643
20.2	Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers behov	645
20.2.1	Äldres organisationer.....	645
20.2.2	Funktionshindrades organisationer.....	645
20.2.3	Barns och ungdomars organisationer	646
20.2.4	Etniska minoriteter och invandrarorganisationer	647
20.2.5	Kvinnoorganisationer	648
20.2.6	Homo- och bisexuellas organisationer	648
20.3	Folkrörelsernas och andra föreningars roll i folkhälso- arbetet	649
20.3.1	Principiella utgångspunkter	649

20.3.2	Det civila samhällets organisationer som skyddsnät	650
20.3.3	”Från röst till service”	651
20.4	Civilsamhällets organisationer som hälsofrämjande arena ...	652
20.4.1	Överbryggande och sammanhållande socialt kapital	653
20.4.2	Socialt kapital och hälsa	654
20.4.3	Föreningslivet – en hälsofrämjande arena för alla ...	655
20.4.4	Det sociala kapitalets betydelse för vissa grupper....	657
20.4.5	Socialt kapital i Sverige	657
20.5	Bedömning.....	658
20.5.1	Intresseorganisationer som förmedlare av olika gruppers behov	659
20.5.2	Föreningar och folkrörelser som aktörer i hälsoarbetet	659
20.5.3	Föreningslivet som en hälsofrämjande arena	660
21	Folkbildningens betydelse för hälsan.....	661
21.1	Bakgrund	661
21.2	Folkbildningens utveckling och roll.....	661
21.2.1	Bildningsbegreppet – den historiska bakgrunden....	661
21.2.2	Grundläggande begrepp idag.....	662
21.2.3	Folkbildningens utveckling i stort	663
21.2.4	Exempel på projekt med folkhälsoriktning	664
21.2.5	Folkbildningsorganisationernas egna program- arbeten	665
21.2.6	Folkbildningens roll i vuxenutbildningen.....	666
21.2.7	Olika målgrupper	668
21.2.8	Folkbildningens organisatoriska roll i folkhälso- arbetet	669
21.3	Bildning som friskfaktor – folkbildningens strategiska roll för folkhälsoarbetet	669
21.3.1	Att nå människors tillit – en fråga om tillit till bildning	670
21.3.2	Vägen till kritiskt tänkande.....	670
21.3.3	Engagemang som friskfaktor	670
21.3.4	Bildning och hälsa	672
21.4	Mål för den lokala nivån – folkbildningens betydelse	673
21.4.1	Mötesplatsens betydelse	673
21.5	Beredskap att möta nya utmaningar	674
21.5.1	HUGO.....	674
21.5.2	Vem äger kroppen – synen på individen	675

21.5.3	Utan hållbar utveckling minskar utrymmet för människors hälsa.....	676
21.6	Bedömning.....	676
22	Styrning och samordning av folkhälsoarbetet	679
22.1	Inledning.....	679
22.2	Förutsättningar för folkhälsostrategin att slå igenom.....	680
22.2.1	Legitimitet – sakligt och politiskt.....	680
22.2.2	Styrmedel.....	681
22.3	En skiss till genomförande av den nationella folkhälsostrategin	682
22.3.1	Statlig regelstyrning.....	682
22.3.2	Kunskaps- och informationsstyrning.....	686
22.3.3	Ekonomisk styrning.....	687
22.3.4	Utbildning.....	688
22.3.5	Uppföljning och utvärdering	688
22.3.6	Mekanismer för stöd och samordning i vissa fall.....	690
22.4	Bedömning.....	691
 DEL 5 – METODER OCH UTVECKLINGSBEHOV I FOLKHÄLSOARBETET		
23	Att mäta folkhälsans bestämningsfaktorer, konsekvenser och fördelning	695
23.1	Att mäta ohälsans bestämningsfaktorer.....	695
23.2	Att mäta ohälsan och dess konsekvenser.....	697
23.3	Att mäta ohälsans fördelning.....	703
23.4	Bedömning.....	705
24	Välfärdsbokslut och HKB.....	707
24.1	Inledning.....	707
24.2	Välfärdsbokslut	708
24.2.1	Syftet med projektet lokala välfärdsbokslut	708
24.2.2	Kriterier för nyckeltalen	710
24.2.3	Erfarenheter från projektkommunerna	712
24.3	Hälsokonsekvensbeskrivningar/bedömningar	712
24.3.1	Konsekvensbeskrivningar.....	712
24.3.2	Hälsokonsekvensbeskrivningar	714
24.3.3	HKB i ett internationellt perspektiv	714
24.3.4	Exempel på hälsokonsekvensbedömningar	715
24.3.5	Hälsokonsekvensbeskrivningar på lokal och regional nivå	717

24.3.6	Utveckling av ett verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar	718
24.3.7	Erfarenheter av hälsokonsekvensbeskrivningar	720
24.3.8	Internationellt erfarenhetsutbyte	721
24.4	Fortsatt utvecklingsarbete	722
25	Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser	723
25.1	Inledning	723
25.2	Samhällsekonomiska kostnader för ohälsan	725
25.2.1	Inledning	725
25.2.2	Aktuella sjukförsäkringskostnader	726
25.2.3	Läkemedelskostnader	727
25.3	Ekonomisk analys av folkhälsoinsatser	728
25.3.1	Hur kan effekterna mätas?	728
25.3.2	Ekonomiska utvärderingsmetoder	729
25.3.3	Lönar det sig alltid att satsa ytterligare resurser på förbättringar? – en fråga om nytta på marginalen	730
25.3.4	Är det svårare att utvärdera folkhälsoarbete än sjukvård?	731
25.4	Vad vet vi om kostnadseffektiviteten i folkhälsoinsatser? – inventering av genomförda studier	731
25.4.1	Strategier för att identifiera studier	732
25.4.2	Resultat av litteratursökning	733
25.4.3	Slutsatser	744
25.5	Kommitténs mål och åtgärder – några synpunkter med avseende på en ekonomisk analys	744
25.6	Incitament i folkhälsopolitiken	745
25.6.1	Vissa problem från incitamentssynpunkt	746
25.6.2	Ökade möjligheter genom förbättring av infrastrukturen för folkhälsoarbete	749
25.7	Bedömning	750
26	Kunskaps- och forskningsbehov	753
26.1	Inledning	753
26.2	Folkhälsoforskningens struktur	754
26.2.1	Universitet, högskolor och sektorsforskningsorgan	754
26.2.2	Finansiärer av folkhälsoforskning	755
26.2.3	Folkhälsoforskningens ekonomiska omfattning	757
26.3	Kunskaps- och forskningsbehov	758
26.3.1	Kost och fysisk aktivitet	764

26.4	Bedömning.....	771
26.4.1	Satsning på regionala utvecklingscentra.....	772
26.4.2	Sammanfattning av kunskapsbehov.....	773
26.4.3	Åtgärder	776
27	Behovet av folkhälsovetenskaplig utbildning.....	779
27.1	Inledning.....	779
27.2	Kompetensbehov hos Folkhälsoinstitutet och andra statliga myndigheter	780
27.3	Kompetensbehov hos kommunerna.....	781
27.4	Hälso- och sjukvårdens roll och behov av folkhälsovetenskaplig kompetens.....	781
27.5	Utbildningen i folkhälsovetenskap	784
27.6	Bedömning.....	785
28	Saklig hälsoinformation	787
28.1	Inledning.....	787
28.2	Saklig hälsoinformation – några principiella synpunkter.....	788
28.3	Kanaler för hälsoinformation	791
28.4	Bedömning.....	795
 DEL 6 – MEDVERKANDE OCH TRYCKSAKER		
29	Medverkande och trycksaker	799
29.1	Inledning.....	799
29.2	Nationella folkhälsokommitténs sammansättning.....	799
29.3	Personer som har biträtt sekretariatet vid utarbetande av bilagedelen.....	801
29.4	Tidigare betänkanden och remissammanställning.....	802
29.5	Underlagsrapporter och arbetsgrupper	803
29.6	Debattskrifter och medverkande.....	806

DEL 3 – NYA SAKAVSNITT

7 Regionala skillnader i hälsa och levnadsvillkor¹

7.1 Befolkningen i Sverige lever allt längre – männens medellivslängd ökar – kvinnornas är oförändrad

Ur ett historiskt perspektiv har medellivslängden i Sverige mer än fördubblats sedan tiden kring sekelskiftet 1700/1800. Under 1800-talet förlängdes svenskarnas liv med ca 15 år och under 1900-talet med mer än 25 år.

Under åren 1997–1999 har kvinnornas medellivslängd i stort sett varit oförändrad medan männens fortsatt att stiga. För år 1999 är kvinnornas medellivslängd 81,9 år och männens 77,1 år. Skillnaden i mäns och kvinnors medellivslängd har minskat med nästan 1 år sedan 1990, från 5,6 år till 4,8 år 1999.

Under 1990-talet har medellivslängden för männen ökat med 2,3 år jämfört med 1,5 år för kvinnorna. Redan på 1980-talet började avståndet mellan män och kvinnor att minska. Internationellt sett är medellivslängden mycket hög i Sverige. Det är bara Japan som har högre medellivslängd för både män och kvinnor.

Sverige är i många avseenden ett förhållandevis homogent land men det föreligger trots det skillnader i såväl medellivslängd som hälsotillstånd mellan olika delar av landet. För både män och kvinnor är medellivslängden längst i Kronobergs, Hallands, Uppsala och Jönköpings län, dock med lite olika ordningsföljd. Spännvidden mellan länen är 2,4 år för män – mellan Norrbottens län med 75,6 år och Uppsala län med 78,0 år – och 1,6 år för kvinnor – mellan Värmlands län 80,9 år och Hallands län 82,5 år (genomsnitt åren 1995-1999).

Skillnaderna i medellivslängd är relativt begränsade på länsnivå. Mellan kommuner och stadsdelar är skillnaderna betydligt större, vilket återspeglar den sociala segregationen i områdena. En del av skillnaderna i medellivslängden beror på skillnader i levnadsvanor och sociala

¹ Kapitlet är skrivet av utredare Susanne Holland vid EpC, Socialstyrelsen.

villkor. Det skiljer många år i medellivslängd mellan t.ex. män i ekonomiskt välbärgade kommuner som Danderyd och Kungsbacka jämfört med män i glesbygdskommuner i norra Sverige.

Det finns ett mycket starkt statistiskt samband mellan medellivslängden i Sveriges samtliga kommuner och de sociala villkoren i dessa kommuner. I statistikprogrammet "Hur mår Sverige?" kan man se ett tydligt samband mellan medellivslängd och människors ekonomiska försörjningssituation. Ju större andel i en kommun som har försörjningsproblem indikerat genom bidragsmottagande ju kortare är medellivslängden i kommunen.²

7.2 Regionala skillnader i dödlighet

Dödligheten i *hjärt-kärlsjukdomar* visar klara regionala skillnader. Norra Sverige har en betydligt högre dödlighet än södra Sverige. Under perioden 1992–1996 hade Värmland 47 per 10 000 personer i jämförelse med 35 per 10 000 i Hallands län. Bland kvinnorna varierar antalet döda i hjärt-kärlsjukdomar med 34 per 10 000 i Dalarna och 26 per 10 000 i Uppsala län. En hel del av överdödligheten i norra Sverige kan antagligen förklaras av att befolkningen i dessa områden har haft en annan mattradition med ett större intag av mättat fett i kosten³, vilket i sin tur resulterat i högre genomsnittliga kolesterolvärden⁴.

Inom Sverige finns regionala skillnader i *cancerförekomst*. Som exempel kan nämnas att *lungcancer* är vanligare i storstadslänen och lägre i mer typiska glesbygdslän. Bland män har Malmö kommun det högsta antalet döda, 6,0 per 10 000. Det lägsta antalet har Jämtlands län med 2,3 per 10 000. Även för kvinnorna är det Malmö som har det högsta antalet döda, 2,9 per 10 000. Dalarna har det lägsta antalet med 1,2 per 10 000. Dessa skillnader i lungcancer kan nästan helt förklaras av motsvarande skillnader i rökvanor.

² Med bidrag menas här socialbidrag, förtidspension, arbetslöshetsersättning eller sjukskrivning som överstiger 20 procent av arbetstiden.

³ Rosén M. *Epidemiology in planning for health: with special reference to regional epidemiology and the use of health registers*. Stockholm: Spri and University of Umeå 1987.

⁴ Rosengren A et al. Coronary risk factors, diet and vitamins as possible explanatory factors of the Swedish north-south gradient in coronary disease: a comparison between two MONICA centres. *Journal of Internal Medicine* 1999; 246: 577-586.

Tobaksrökning ökar risken väsentligt för ett stort antal sjukdomar förutom lungcancer. Många sjukdomar orsakas eller förvärras av rökning. Detta gäller även andra cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar, benskörhet och långvarig obstruktiv lungsjukdom m.m.

De regionala skillnaderna i rökvanor är betydande. Den högsta andelen dagligrökare åren 1994–1998 hade Gotland, 36 procent bland männen och 33 procent bland kvinnorna. Den lägsta andelen dagligrökare hade Västerbotten, 13 procent bland männen och 18 procent bland kvinnorna. I riket var 20 procent av männen och 24 procent av kvinnorna dagligrökare.

Magsäckscancer är vanligare i Norrland och i Blekinge län än i Sveriges övriga län. Vissa studier pekar t.ex. på att man i norra Sverige haft en annan mattradition med mer salt i maten. Bland män varierar antalet döda per 10 000 mellan 1,8 i Blekinge län och 0,8 i Örebro län. För kvinnorna är det en variation mellan 1,0 i Norrbotten och 0,5 i Örebro. *Malignt melanom* förekommer i högre utsträckning i de södra och sydvästra länen, vilket eventuellt kan förklaras av att befolkningen i dessa delar varit mer exponerade för solljus. Spännvidden är mellan 0,6 och 0,2 antal döda per 10 000 för männen och 0,4 och 0,1 döda per 10 000 för kvinnorna.

Diabetes visar också regionala skillnader. Gotland, Värmland och Norrbotten har det högsta antalet döda med diabetes som en underliggande och bidragande dödsorsak, drygt 9 per 10 000 bland männen. Det lägsta antalet återfinns i Malmö kommun och f.d. Kristianstad län med 4,6 respektive 5,4 per 10 000. Bland kvinnorna har Gotland det högsta antalet med 8,4 per 10 000 och Malmö kommun det lägsta, 3,6 per 10 000.

Självordsfrekvenserna varierar också mellan kommunerna i Sverige. Generellt är frekvensen av självmord högre bland kvinnor i stadsområden och högre bland män i glesbygdskommuner⁵.

7.3 Regionala skillnader i sjuklighet

I SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) uppgår omkring 4 procent av befolkningen i åldern 16–74 år sitt *allmänna hälsotillstånd* som dåligt. De regionala skillnaderna är relativt stora. Under perioden 1994–1998 var den högsta andelen bland män i Gävleborgs län 5,7 procent och den lägsta i Blekinge län 1,5 procent. Kvinnorna varierar mellan 6,1 procent i Värmland och 2,6 procent på Gotland.

⁵ Socialstyrelsen. *Att följa och analysera självmord*. EpC-rapport 2/2000. Stockholm: Socialstyrelsen 2000.

Även när det gäller *långvarig sjukdom* finns regionala skillnader. Enligt ULF-undersökningen 1994–1998 hade 45 procent av männen i Värmland och 51 procent av kvinnorna någon långvarig sjukdom. Bland männen hade Stockholms län den lägsta andelen motsvarande 34 procent och bland kvinnorna var det Örebro län med 36 procent som uppgav att de hade någon långvarig sjukdom.

År 1994–1998 (ULF) hade 8 procent av männen och 13 procent av kvinnorna *nedsatt rörelseförmåga*. Relativt stora regionala skillnader föreligger. För männen varierar andelen med 11 procent i Gävleborgs län och 5 procent i Hallands län. För kvinnorna är siffrorna 16 procent i Östergötland och 7 procent på Gotland.

De regionala skillnaderna är betydande när det gäller *långa sjukfall 90 dagar eller mer*. Högsta antalet per 1 000 invånare återfinns i den norra delen av Sverige. Bland männen varierar antalet mellan 33 per 1 000 invånare i Jämtlands län och 19 per 1 000 invånare i Stockholms län. Även bland kvinnorna är antalet som högst i Jämtlands län, 51 per 1 000 invånare. Lägsta antalet långa sjukfall bland kvinnorna har Kronobergs län med 30 per 1 000 invånare.

Prövningen av förtidspension har blivit allt strängare. Antalet *nybeviljade förtidspensioner* hade under perioden 1993–1998 sjunkit från 62 000 till 34 000, men för år 1999 visade siffrorna en ökning till 39 000. Den regionala variationen är stor. Även här dominerar de norra länen i Sverige. För männen varierar antalet nybeviljade förtidspensioner per 1 000 invånare mellan 7 för Jämtlands län och 4 för Stockholms län. Samma situation gäller även för kvinnorna, 10 per 1 000 invånare för Jämtlands län och 4 per 1 000 invånare för Stockholms län. Riket har för män 5 och för kvinnor 6 per 1 000 invånare.

7.4 Bedömning

Trots Sveriges generellt sett höga levnadsstandard så är de regionala skillnaderna i hälsa betydande. Dessa skillnader förklaras av olikheter i såväl sociala och ekonomiska villkor som skillnader i levnadsvanor. För ett aktivt förebyggande folkhälsoarbete är det viktigt att landsting och kommuner fortlöpande följer hälsa och sociala förhållanden för befolkningen i sina respektive upptagningsområden. Sådana uppgifter är viktiga för att identifiera strukturella problem respektive lokala förhållanden och behov, formulera mål samt för att följa upp och utvärdera effekterna av olika insatser. Denna typ av analyser kan t.ex. dokumenteras i form av lokala folkhälso- eller hälso- rapporter. Uppgifter om hälso-

och sociala förhållanden i Sveriges samtliga landsting och kommuner finns i statistikprogrammet "Hur mår Sverige?" som kan hämtas hem från hemsidan vid Epidemiologiskt centrum (EpC), Socialstyrelsen (www.sos.se/epc).

8 Stress i arbetslivet¹

8.1 Stressbegreppet

8.1.1 Två tanketraditioner

Det finns två olika tanketraditioner bakom stressbegreppet, en medicinsk och en psykologisk.

I den medicinska traditionen använder man det stressbegrepp som introducerades av Hans Selye, en fysiolog som beskrev den uppvarvning som kroppen uppvisar när en människa ställs inför en utmaning eller ett hot.² Detta stressbegrepp är helt värdeneutralt – stress är varken något positivt eller något negativt. Skadlig blir stressreaktionen först om den är långvarig (månader snarare än veckor) och om ingen återhämtning tillåts. Marianne Frankenhaeuser³ och hennes medarbetare har betonat att man kan beskriva den positiva och negativa stressen med hjälp av två dimensioner nämligen ansträngning (liten eller stor) och grad av lust (från olust till lust). En negativ stressreaktion är enligt detta resonemang något som karaktäriseras av stor ansträngning och mycket olust. En positiv stress är på motsvarande sätt en stor ansträngning som kombineras med stor lust.

I samband med uppvarvningen anpassar sig kroppen till den fysiska ansträngningen. Så blir man t.ex. i en akut stressreaktion (om man definierar stress enligt den medicinska tanketraditionen) okänslig för smärta, och blodet koagulerar snabbare än i vanliga fall. Båda dessa kroppsliga reaktioner har en biologisk mening: En smärta som beror på en skada man ådrar sig i striden skall inte hindra en från att kämpa vidare. Om skadan gör att man blöder måste kroppen se till att man inte förblöder. Inflammation dämpas av samma skäl.

¹ Kapitlet är skrivet av professor Töres Theorell, Institutet för psykosocial medicin (IPM) och Karolinska institutet. Ett addendum om Posttraumatiskt stressyndrom är skrivet av dr. Hans Peter Söndergaard vid IPM resp. Centrum för Tortyrskadediagnostik (STD) på Karolinska sjukhuset.

² Selye, H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill 1976.

³ Frankenhaeuser M, Ödman M. *Stress – en del av livet*. Stockholm: Brombergs förlag 1983.

I den medicinska tanketraditionen är stress alltså en ospecifik reaktion på något. Det som framkallar en sådan reaktion kallas för stressor.

I den psykologiska traditionen betonas att stress uppstår i samspelet mellan individ och omgivning. Enligt detta sätt att tänka föreligger stress när individens resurser måste beskattas för att han/hon skall klara av en viss påfrestning vilket innebär att individens sätt att hantera påfrestningar, coping, blir ett centralt begrepp.

Hur man än definierar stress finns det tre nivåer som man måste definiera när man diskuterar åtgärder mot skadlig stress, nämligen omgivningen, individen och reaktionen.⁴ De omgivningsinriktade åtgärderna går ut på att undanröja stressorer t.ex. genom förbättrad arbetsorganisation, de individinriktade på att stärka individens kompetens att hantera stressorer t.ex. genom undervisning i stress management och de reaktionsinriktade på att dämpa svaren med medicinering eller andra åtgärder.⁵

Individens sätt att hantera stressorer kan sammanfattas i begreppet coping som betyder bemästrande. Man skall ha klart för sig att coping inte kan ses som ett opåverkbart individkaraktistikum. En viktig aspekt av coping är t.ex. var individen själv förlägger möjligheten att åtgärda ett problem – locus of control. En extern locus of control innebär att möjligheten inte finns hos personen själv utan i omgivningen, medan intern locus of control istället innebär att individen själv måste åtgärda problemen.

Enligt en studie av tvillingar bestäms locus of control framförallt av den situation man har och har haft som vuxen.⁶ Ofta får man i offentlig debatt intrycket att individens förhållningssätt till påfrestande situationer i miljön en gång för alla är bestämt av barndomsupplevelser och biologiskt arv. Istället omformas förhållningssättet delvis av miljön också under vuxenåren, även om arv och barndomsupplevelser också har betydelse.

Det föreligger alltså ett ständigt växelspel mellan omgivningen och individen när det gäller coping. Även individens sätt att ta påfrestningar påverkas alltså i längden av arbetsorganisation och allmän livssituation. Som ansvarig för livsmiljöer t.ex. i arbetslivet och i bostads-

⁴ Levi L. *Stress och hälsa 2000*. 3e uppl., En skrift i Skandias serie Vår Hälsa, Skandia, 2000. -56.

⁵ Sociala och psykosociala riskfaktorer/skyddande faktorer. I: *Socialmedicin och psykosocialmedicin*. (red.) Allebeck P, Diderichsen F and Theorell T. 83-144, 1998.

⁶ Pedersen N.L., Gatz M, Plomin R, Nesselroade J.R and McClearn G.E. Individual differences in locus of control during the second half of the life span for identical and fraternal twins reared apart and reared together. *J Gerontol* 44(4), p100-5, 1989.

områden kan man alltså inte slå sig till ro med att människors stressupplevelser bestäms av arv och uppväxt. Sättet att ta påfrestningarna påverkas i hög grad av t.ex. arbetsmiljön. På arbetsställen med små möjligheter att påverka arbetssituationen har de anställda ofta ett dolt förhållningssätt till konflikter. Ett sådant förhållningssätt innebär att man inte talar om när man känner sig orättvist behandlad och att problem inte tas upp till diskussion. Det innebär i sin tur bl.a. en ökad risk för högt blodtryck, enligt en svensk studie.⁷ Om man vänjer sig vid att ingen lyssnar när man berättar om dålig arbetsmiljö slutar man att säga något. Därmed ökar risken att man hamnar i ett långvarigt psyko-fysiologiskt spänningstillstånd, som i sin tur kan öka risken för att en blodtrycksförhöjning blir permanent eller förvärras. Exemplet illustrerar den potentiella betydelsen av satsningar på förbättrade livsmiljöer.

Begreppen kontroll och stöd är av fundamental betydelse för förståelsen av stressreaktioner. En människa som inte har möjlighet att påverka sin egen situation kan när som helst bli utsatt för godtycklig behandling av vem som helst. Många reagerar då med ständig mobilisering av energi – det gäller att vara beredd på det värsta och att försvara sig så gott det går.⁸ Att känna att man kan få stöd av sin omgivning känslomässigt och praktiskt när det blir besvärligt gör både att man utsätts för färre påfrestningar (direkteffekt av "socialt stöd") och att man tillägnar sig en trygg attityd till problematiska situationer (indirekt effekt av "socialt stöd").⁹ Att kunna påverka sin situation och att kunna få stöd av medmänniskor ingår i det "sociala kapitalet" och även i begreppet stödjande miljöer. Begreppet socialt kapital redovisas i kapitel 2 samt i SOU 1999:137, kapitel 5.

För människor som redan drabbats av stressrelaterade sjukdomar är det viktigt att man hjälper individen till en förbättrad arbets- och livsmiljö och att man underlättar konstruktiva förhållningssätt till stress. Båda dessa typer av åtgärder leder till förbättrade möjligheter för individen att kontrollera sin egen situation.

Många personer med hjärt-kärlsjukdom har s.k. typ A-beteende, dvs. ett otåligt strävarbeteende. På flera håll i världen och även i

⁷ Theorell T, Alfredsson L, Westerholm P and Flack B. Coping with Unfair Treatment at Work – What Is the Relationship between Coping and Hypertension in Middle-Aged Men and Women? *Psychotherapy and Psychosomatics* 69:86-94. 2000.

⁸ Theorell T och Karasek R A. The Environment, the Worker, and Illness: Psychological and Physiological Linkages. I: *Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. (eds.) Theorell T and Karasek R. Basic Books, Inc., Publishers. New York. 83-116. 1990.

⁹ Orth-Gomér K, Sociala nätverk, I: *Socialmedicin och psykosocial medicin*. (red.) Theorell T, Allebeck P and Diderichsen F. 75-87. 1987.

Sverige har man satsat på program för att träna bort typ A-beteende och en fientlig livsstil (hostility) och detta har visat sig minska risken för återfall i hjärtinfarkt under uppföljningstiden.^{10,11}

8.1.2 Biologiska effekter av långvarig stress

Under senare år har det visat sig att långtidseffekterna av stress är annorlunda än korttidseffekterna, och det har också gjort att vi blivit bättre på att tolka de biologiska konsekvenserna av långvarig stress. Det som händer i laboratoriet under välkontrollerade förhållanden kanske inte kan tillämpas på en situation som en individ inte kan se något slut på och som fortsätter under månader och kanske år.

Den moderna stressforskningen har framförallt pekat på tre områden som är viktiga för förståelsen av de biologiska effekterna av långvarig stress, nämligen störd balans mellan energimobilisering och anabolism, störningar i regleringssystemen samt förändringar i det centrala nervsystemet.

Störd balans mellan energimobilisering och anabolism

Anabolismen motsvarar de återuppbyggande och reparerande verksamheterna i kroppen och är sedan urminnes tider också kopplad med reproduktion. Energimobiliseringen prioriteras i en situation som kräver intensiv aktivitet. Då minskar oftast aktiviteten i anabolismen, vilket skapar problem när påfrestningen blir långvarig och återhämtningspauser saknas. Kroppen blir helt enkelt mera skör och risken för sjukdom ökar av detta skäl.¹²

Anabolismen är som mest intensiv under den djupaste sömnen. Under djupsömnen är t.ex. halten av tillväxthormon, som har stor betydelse för anabolismen, som högst. Om man inte får tillräckligt med djupsömn blir alltså anabolismen lidande.¹³ Detta gör ingenting under korta perioder. Om däremot en energiuppladdningssituation pågår under flera månader eller år ökar risken för sjukdomar av olika slag. Återhämtning

¹⁰ Burell G. Kvinnohjärtan I: Det sorgsna hjärtat – också kvinnors hjärtan blir sjuka. Tidskriften *Medikament*. 4(6):66-71. 1999.

¹¹ Burell G. Typ A – beteende och ischemisk hjärtsjukdom – epidemiologi och behandling. *Hässle Information*. 5:13-20 1988.

¹² Theorell T. Sjuk av stress. *Forskning och framsteg*. Nr. 3. 28-31. 1998.

¹³ Åkerstedt T. *Vaken på udda tider – Om skiftarbete, tidzoner och nattsudd*. Stockholm: Arbetsmiljöfonden. 1995.

är därför ett nyckelbegrepp i preventionen mot skadliga effekter av stress.

Anabolismen stimuleras även av lust och glädje. Man har t.ex. iakttagit att testosteronhalten hos män stiger när arbetet blir stimulerande och intressant.¹⁴ Även fysisk aktivitet kan stimulera anabolismen.

Kopplingen mellan anabolism och reproduktion har också en djup biologisk mening. Vad denna koppling betyder för 1990-talets låga barnafödande är dock inte känt. Att trötthet och oro skulle ha någon betydelse utöver ekonomiska och sociala orsaker till de små födelse-talen blir därför enbart spekulation.

Störningar i regleringssystemen

Ett vetenskapligt namn för störningar i regleringssystemen är allostas. Det innebär att kroppens normala växlingar mellan anspänning och avslappning har störts så många gånger att regleringen till slut inte fungerar på ett normalt sätt. Kroppens "reläer" blir förändrade. Det har t.ex. länge varit känt att personer med benägenhet för högt blodtryck under långvariga perioder av anspänning får höga blodtrycksperioder under dagtid då anspänningen äger rum och till slut även nattetid då det inte skall vara någon anspänning. Det har också länge varit känt att sköldkörtelfunktionen kan bli överstimulerad efter långa perioder av uppvarvning. Överfunktion i sköldkörteln leder bl.a. till förhöjd ämnesomsättning och förhöjd puls.

I tydliga yttringar av psykiatrisk depression, som kan utlösas av besvärliga livssituationer, ser man t.ex. att koncentrationen av hormonet cortisol, som har stor betydelse för att den akuta uppvarvningen skall fungera bra, är förhöjt och att det inte påverkas på ett normalt sätt när man försöka bromsa insöndringen av det till blodet. Detta är ett tecken på att den normala bromsmekanismen inte fungerar.¹⁵ Omvänt har det visat sig att man vid vissa former av kroniskt trötthetssyndrom får ständigt för låga koncentrationer av cortisol, vilket kan sammanfattas som att uppvarvningen ej fungerar normalt i situationer som krä-

¹⁴ Theorell T, Karasek R.A, Eneroth P. Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men – a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*. 227(1):31-6. 1990.

¹⁵ Rubin RT, et al Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression. I. Cortisol secretory dynamics in patients and matched control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 44:328-336. 1987.

ver energimobilisering.¹⁶ Vid hämmad uppvarvningsfunktion får man förutom låga cortisolnivåer i blodet även utslätad dygnsrytm. Normalt har man höga cortisolnivåer på morgonen och betydligt lägre vid sänggåendet på kvällen, men vid den utslätade dygnsrytmen har man låga nivåer redan på morgonen och mycket små variationer under dagen. Denna typ av dygnsvariationer kan man konstatera genom att ta upprepade salivprover, vilket är mycket enkelt för de personer som skall undersökas eftersom cortisolhalten i saliv mycket nära följer cortisolhalten i blod.

Förändringar i det centrala nervsystemet

Vid extrem stress t.ex. i samband med krigsupplevelser, långvarig tortyr och våldtäkt tror forskarna att man kan få förändringar i cellerna i vissa delar av hjärnan. Det som är mest omskrivet i den vetenskapliga litteraturen är att cellerna i hippocampus troligen skadas vid sådana extrema upplevelser. Hippocampus är en struktur i hjärnans nedre del som har stor betydelse för minnesfunktionen. Forskningen kring effekten av långvarig negativ stress på hjärnan är dock endast i ett begynnelsestadium och det finns idag inte något säkert stöd t.ex. för att långvarig negativ stress påverkar de kognitiva funktionerna. Modern neurobiologisk forskning har dessutom visat att de förändringar som skulle kunna uppstå i hippocampus i samband med långvarig stress inte behöver vara irreparabla eftersom det finns möjlighet för nybildning av celler i denna del av hjärnan.¹⁷

8.1.3 Vissa begrepp i samband med diskussionen om stress

”Utbrändhet”

Vissa begrepp används ofta i diskussionen om stress. Utbrändhet är ett begrepp som till att börja med användes om en typ av utmattning som framförallt drabbar människor som har intensiva kontakter med kunder/patienter/klienter i sin dagliga verksamhet. Till att börja med ansåg

¹⁶ Demitrack MA, Dale JK, Straus SE, Laue I, Listwak SJ, Kruesi MJP, et al.: Evidence for impaired activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic fatigue syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 73:1224-1234. 1991.

¹⁷ McEwen B.S. Protective and damaging effects on stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179. 1998.

man¹⁸ att utbrändheten hade tre aspekter nämligen 1) emotionell utmattning, dvs. oförmåga att engagera sig emotionellt i någonting över huvud taget, 2) en känsla av att man blivit förändrad som människa och 3) att man inte presterar som man brukar. Kritik har på senare tid framförts mot denna uppdelning.¹⁹ Alla är dock överens om att den emotionella utmattningen är central. Man brukar också säga att en viktig aspekt på utbrändhet är att "det känns som om batterierna inte går att ladda om", dvs. att krafterna inte kommer tillbaka efter semester eller annan viloperiod. Utbrändhet är ett psykologiskt begrepp som oftast mäts med hjälp av frågeformulär.

Utbrändhetsbegreppet har i hög grad kommit att prägla samhällsdiskussionen under den senare hälften av 1990-talet i Sverige och i andra industriländer trots att det introducerades i den psykologiska litteraturen för över 20 år sedan. I debatten finns två sidor, dels de som hävdar att utbrändhetsbegreppet och andra närbesläktade begrepp som introducerats under senare år egentligen bara är nya namn på gamla fenomen^{20,21} och dels de som hävdar att vi har att göra med genuint nya fenomen. De som hävdar att utbrändheten alltid funnits men haft andra namn har t.ex. påpekat att det finns stora likheter i symptom bilden vid utbrändhet och vid "neurasteni", en vanlig diagnos för 40 år sedan. Den andra ståndpunkten representeras t.ex. av patientföreningarna för amalgamsjuka, bildskärmssjuka och fibromyalgi som hävdar att dessa diagnoser är specifika. Förmodligen ligger sanningen mitt emellan dessa ståndpunkter. Vi lever i ett föränderligt samhälle och de kombinationer av infektioner samt psykosociala och fysiska riskfaktorer som vi har idag är annorlunda än de man haft tidigare och därför är det också rimligt att förvänta sig att nya konstellationer av fysiologiska reaktioner skall dyka upp.

Att sömnrubbningar, trötthet och svår oro har ökat under övergången från 1980-talet till 1990-talet och sedan legat på en högre nivå under 1990-talet än under 1980- och 1970-talen har visats i ULF-undersökningarna som baseras på årliga slumpurval av svenska män och kvinnor sedan mitten av 1970-talet.²² Under början av 1990-talet

¹⁸ Maslach, C. *Burnout – the cost of caring*. Engelwood Cliffs, N.J: Prentice-Hall 1982.

¹⁹ Söderfelt M. *Burnout?* Doktorsavhandling. Meddelanden från Socialhögskolan i Örebro. 1997;2, 1997.

²⁰ Ursin H. The psychology in psychoneuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology* 23(6):555-70. 1998.

²¹ Ohlin R. *Nya diagnoser – en förklaringsmodell till neurosomatiska sjukdomar*. Stockholm. Nationella folkhälsokommitten 1999.

²² Levnadsförhållanden, rapport 91. *Välfärd och social ojämlikhet i ett 20-årsperspektiv 1975–1995*. Sveriges offentliga statistik. Stockholm. SCB 1997.

ökade också antalet självmordsförsök i Sverige. Mentala hälsoindikatorer i ULF försämrades inte utan förbättrades t.o.m. i vissa avseenden under perioden från början av 1970-talet till slutet av 1980-talet. Förändringarna i det mentala hälsotillståndet i början av 1990-talet hos svenskarna sammanfaller med en rad strukturella ändringar i arbetsmarknad och livsvillkor för svenskarna (se nedan). Det ökade hotet om arbetslöshet och de ökande kraven på effektivitet kan särskilt nämnas. Trendbrottet i utvecklingen kan tydas så att den ökade förekomsten av s.k. utbrändhet inte beror på en ökande tendens hos allmänheten att klaga utan att det är strukturella samhällsförändringar som ligger bakom.

Kroniskt trötthetssyndrom

Kroniskt trötthetssyndrom är ett extremt tillstånd av trötthet som pågått i minst sex månader.²³ Det är en medicinsk diagnos och man uppställer vissa kriterier för att patienten skall få denna diagnos. Man tror att upprepade infektioner kan ha betydelse, i synnerhet om dessa föreligger samtidigt med en långvarig psykosocial påfrestning, t.ex. med extremt långa arbetstider eller påfrestningar i hemlivet. Sådana kombinationer tros orsaka tillståndet men detta är inte säkert klarlagt. När tillståndet är typiskt sover man mycket men vaknar upp trött. Svullna lymfkörtlar och upprepade infektioner är vanliga symptom. En underfunktion i binjurebarken är vanlig. En sådan rubbning innebär bl.a. låga cortisolkoncentrationer under hela dygnet med små variationer (se ovan). Orsaken till kroniskt trötthetssyndrom är okänd. Den vanligaste uppfattningen bland forskarna är att syndromet uppträder efter perioder av upprepade infektioner i kombination med en långvarig psykosocial överbelastning. Man vet att en underfunktion i binjurebarken ofta förekommer och om denna är en följd av överbelastning eller har uppstått redan tidigare på grund av arvsfaktorer och barndomsupplevelser eller sjukdomar är inte känt.

²³ Evengård B och Komaroff AL. Kroniskt trötthetssyndrom finns. Förändringar i biologiska parametrar kan mätas. *Läkartidningen*. 96(26–27):3166–9 1999.

Depression

Depression innebär också att man har rubbningar av stressregleringen men det vanligaste vid psykiatrisk depression i sin rena form är att man har ständigt förhöjda cortisolkoncentrationer – att hämningen av uppvarvningen inte fungerar som den skall. Även vid depression har man en förändrad dygnsrytm. Det typiska mönstret är att man kan somna sent på kvällen men vaknar tidigt på förmiddagen och sedan inte kan somna om. Sömnlösheten är kopplad med svår ångest. Även förmiddagen är präglad av svår ångest och det är först på kvällen och förmiddagen som det börjar kännas litet bättre.

Det kan i praktiken vara svårt att skilja på kroniskt trötthetssyndrom och depression och man vet inte hur de förhåller sig till varandra. Kanske kan de förekomma i sekvenser, dvs. att en period av depression kan föregå kroniskt trötthetssyndrom. Inte heller vet man hur ”utbrändhet” är relaterad till regleringsrubbningarna. Sannolikt skall man dock ge olika behandling vid de båda, och forskningen har hittills varit otillräcklig om behandlingsformerna. Diagnostiken är också ganska dåligt utvecklad i Sverige. Det finns outnyttjade möjligheter, bl.a. mätning av salivkoncentrationen av cortisol i upprepade mätningar under dygnet vilket ger en uppfattning om dygnsrytmen som kan vara central för att man skall kunna ställa rätt diagnos. Man bör enligt Institutet för psykosocial medicin satsa på en generell ökning av de diagnostiska ansträngningarna att skilja på olika stressrelaterade tillstånd.^{24,25}

Förändringarna i centrala nervsystemet i samband med långvarig energimobilisering hos människan har inte studerats tillräckligt mycket. Den i massmedia just nu vanligt förekommande diskussionen om hjärnstress – som ofta uppfattas på det sättet att mental överansträngning i största allmänhet skadar hjärncellerna – har i denna grovt förenkla form mycket magert vetenskapligt underlag. Flera undersökningar har visat att just hippocampus som har en viktig roll i präglingen av minnesbilder kan skadas av långvarig extrem psykisk påfrestning men inte ens detta är helt säkert. Skälet till att man är litet osäker om de fynd som gjorts på människor som utsatts för svåra psykiska påfrestningar och som befunnits ha skador på hippocampus är att de undersökta personerna också kan ha varit alkoholmissbrukare. Man vet att alkohol kan skada dessa delar av hjärnan och därför behövs mera

²⁴ Kirschbaum C, Hellhammer DH. Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology*. 19:313-333. 1994.

²⁵ Rosmond R. *Psychoneuroendocrine aspects on the metabolic syndrome – a population-based study of middle-aged men*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, Göteborg, 1998.

forskning på detta område. I allmänhet gäller att mental stimulans är bra för den växande hjärnan och det finns också forskning som tyder på att skadade hjärnceller i varje fall i vissa delar av hjärnan kan ersättas av celler som omvandlas från så kallade stamceller. Detta skeende kan förmodligen stimuleras av mentala processer. Vi behöver veta mera om vad slags mental influens som kan vara skadlig för människans hjärnceller.

Posttraumatiskt stressyndrom

En särskild form av långvarig rubbning i den kroppsliga och psykiska balansen uppstår vid posttraumatiskt stressyndrom (på engelska post-traumatic stress disorder, PTSD, eller på svenska posttraumatiskt stressyndrom, PTSS). Denna rubbning uppstår efter extrema långvariga påfrestningar såsom bevittnande av dödshändelse, hot om död, allvarlig skada, våldtäkt, sexuella övergrepp mot barn eller naturkatastrofer. Detta anses bl.a. leda till extremt höga koncentrationer av cortisol i blodet vilket tillsammans med en rad andra förändringar i kroppen leder till förändringar i regleringssystemen i kroppen och även påverkar det centrala nervsystemet. En av konsekvenserna är att kroppen blir mycket känslig för sitt eget cortisol. De som får PTSD brukar sedan utveckla låga cortisolkoncentrationer i blodet – efter det att det akuta traumatiska skedet är över. Detta är också ett uttryck för en rubbning i cortisolregleringen. Denna rubbning beskrivs mera i detalj i ett addendum nedan.

Immunsystemets betydelse

Att immunsystemet har nära samband med de system som diskuterats ovan har också blivit klart i den nya biologiska forskningen kring stress. Grovt sett stimuleras delar av immunsystemet under kortare perioder av uppladdning vilket kan göra att man då har större motståndskraft mot infektioner än i normala fall. Immunglobulinerna som har betydelse för inflammatoriska svar på gott och ont har visat sig vara starkt påverkade av stressfaktorer.^{26,27} Dessutom dämpas inflammatoriska reaktioner av bl.a. cortisol och detta leder till att man inte

²⁶ Endresen I.M. *Psychoimmunological stress markers in working life*. Doktorsavhandling, Bergens universitet, Bergen 1991.

²⁷ Theorell T, Orth-Gomer K, Eneroth P. Slow-reacting immunoglobulin in relation to social support and changes in job strain: a preliminary note. *Psychosomatic Medicine*. 52(5):511-6. 1990.

besväras så mycket av en pågående infektion under en uppladdningsperiod. Detta kan sedan visa sig vara dåligt när uppladdningsperioden tar slut. En grupp av ämnen, cytokiner och interleukiner, har betydelse för hjärnans kommunikation både nedåt och uppåt med immunsystemet. Det finns interleukiner som både stimulerar och hämmar inflammatoriska reaktioner och det finns studier som visar att psykosociala faktorer samvarierar med aktiviteten i dessa system.²⁸

8.1.4 Psykosociala faktorerens vidare betydelse för hälsan

Det finns idag många undersökningar som pekar på att hjärtinfarkt delvis orsakas av psykosociala faktorer. När det gäller arbetssituationen är det krav-kontroll-stöd-modellen och ansträngnings-belönings-modellen som har använts mest. Kombinationen höga krav och litet beslutsutrymme (se nedan) "svarar" statistiskt för mellan fem och tio procent av hjärtinfarkterna hos medelålders förvärvsarbetande män och för ungefär lika stor andel av hjärtinfarkterna hos förvärvsarbetande kvinnor. Att ett förhållande "svarar för" 10 procent innebär att 10 procent av insjuknandena i hjärtinfarkt i denna grupp skulle kunna förhindras om faktorn kunde undanröjas. Det finns många tänkbara biologiska förklaringar till sambandet. Högt blodtryck under aktiviteter på arbetet, som är uttryck för en hög grad av energimobilisering, respektive hög fibrinogenkoncentration i blodet, som är uttryck för en hög aktivitet i koagulationssystemet, har observerats i samband med en sådan arbetsituation. Båda dessa kan tänkas bidra till ökad risk för hjärtinfarkt.²⁹

När det gäller ont i ryggen eller nacke och skuldror är de vetenskapliga resultaten delvis motsägelsefulla. Höga psykiska krav eller litet beslutsutrymme eller dåligt socialt stöd i arbetet har i olika studier visats vara riskfaktorer för akut insjuknande i ryggvärk eller nack-/skuldervärk. Ibland är det olika faktorer som ger utslag för män respektive kvinnor. Ett av de mest påtagliga resultaten i en färsk svensk undersökning i Norrtälje är att kombinationen av både fysiska och psykosociala påfrestningar (mycket krav och litet beslutsutrymme) i arbetet har samband med kraftig överrisk för ländryggsvärk hos arbetande

²⁸ Theorell T, Hasselhorn H-M, Vingård E och Andersson B: Interleukin 6 and cortisol in acute musculoskeletal disorders: results from a Case – referent study in Sweden. *Stress Medicine*. 16:27-35 2000.

²⁹ Marmot M, Siegrist J, Theorell T. Health and the psychosocial environment at work In: Marmot M, Wilkinson RG (eds.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999. pp. 105-131 2000.

kvinnor. Detta är förmodligen ett viktigt fynd. Vi bör lära oss att tänka att det kan vara fysiska och psykosociala faktorer i förening som kan medföra risk för sjukdom istället för att försöka finna hur mycket som orsakas av de fysiska respektive de psykosociala belastningarna.³⁰

Kombinationseffekter är sannolikt mycket viktiga. Det kan alltså i längden visa sig fruktlöst att söka efter rent psykosociala orsaker till stressreaktioner eftersom de flesta människor i sin miljö har både fysiska och psykosociala påfrestningar. Upprepade infektioner och långvarig psykosocial påfrestning under månader eller år kan kanske bidra till uppkomsten av kroniskt trötthetssyndrom. Kanske kan såväl elektromagnetiska fält som psykosociala påfrestningar bidra till uppkomsten av elallergi. Kombinationer av allmänna sociala faktorer och arbetsmiljöfaktorer kan också tänkas vara betydelsefulla. Förmodligen måste man i framtiden vara medveten om betydelsen av sådana kombinationseffekter.

8.2 Utvecklingen under senare år

Våra biologiska stressreaktioner är konstruerade för att vi skall klara av fysiska hot. Tillvaron var också betydligt värre än idag, t.ex. på medeltiden när det gällde risken att råka ut för sådana hot. Enligt undersökningen om levnadsförhållanden³¹ blev psykosociala och fysiska arbetsförhållanden och andra livsförhållanden bättre och bättre under 1970- och 1980- talen och det var även så att det mentala tillståndet inte förändrades. I och med ingången till 1990-talet ändrades däremot bilden. Plötsligt började förekomsten av svår oro, sömnrubbingar och trötthet att öka både hos män och kvinnor. Även förekomsten av självmordsförsök som ledde till sjukhusvård ökade. Den stora förändringen ägde rum i början av 1990-talet, och under 1990-talet är det därför berättigat att tala om att vi är mera stressade än under de närmast föregående decennierna. Detta sammanfaller i tiden med de i praktiken mindre täckande trygghetssystemen, den ökade arbetslösheten (från 3 procent till 10 procentnivån) med åtföljande otrygghet i arbetet och ökade effektivitetskrav i arbetet med bl.a. längre arbetstider som följd samt ökande skillnader i ekonomisk standard och ett mindre säkert socialt skyddsnät. Under senare delen av 1990-talet har förmodligen utveck-

³⁰ Vingård E, et al. *Rygg, nacke, skuldror – Att ha ont i rörelseorganen. MUSIC Norrtälje – en befolkningsstudie*. Arbetslivsinstitutet.1999.

³¹ Levnadsförhållanden, rapport 91. *Välfärd och social ojämlikhet i ett 20-årsperspektiv 1975–1995*. Sveriges offentliga statistik. Stockholm. SCB 1997.

lingen åt detta håll avtagit något³² men fortfarande har den genomsnittliga svensken en sämre psykosocial situation än han/hon hade på slutet av 1980-talet. Stor uppmärksamhet har ägnats åt att särskilt långtids-sjukskrivningarna har ökat under slutet av 1990-talet, vilket lett till att en särskild utredning har tillsatts av Näringsdepartementet angående arbetsmiljöfrågor.

Höjda effektivitetskrav och förlängda arbetstider är ett internationellt fenomen, vilket man vet därför att statistik från EU och från USA visar en liknande utveckling i dessa länder. Situationen i Sverige är dock speciell på det viset att vi har drabbats av utvecklingen först under den senaste tioårsperioden medan de flesta andra industriländer har haft flera år på sig att anpassa sig till denna utveckling.

Utvecklingen är ganska parallell för män och kvinnor men det är framförallt kvinnorna som har redovisat en ökning av den psykiska kravnivån under 1990-talet och det är kvinnorna som anger mest trötthet, sömnrubbingar och svår oro. Forskningen har under senare år alltmera pekat på att kvinnorna oftare har dubbelansvar (arbete och familj) än männen.³³ Kvinnliga chefer vid Volvo visade sig ha fortsatt hög utsöndring av stresshormonerna adrenalin och noradrenalin vid hemkomsten medan deras manliga chefskollegor fick sänkta nivåer när de kom hem.³⁴ Studier av kvinnliga läkare har visat att dessa ofta har sina högsta blodtrycksnivåer när de kommer hem från arbetet.³⁵ I en uppföljande undersökning av kvinnor med kranskärslssjukdom har man visat att familjeproblem har starkt samband med ökad risk för återinsjuknande.³⁶

När det gäller utlandsfödda personer är det många stressproblem. Anpassningen till det svenska samhället försvåras av en rad förhållanden som t.ex. att det för grupper från vissa länder (framför allt

³² SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet – Utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut. Statens offentliga utredningar. Socialdepartementet. 2000.

³³ Lundberg U, Mårdberg B, Frankenhaeuser M. The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level, and number of children. *Scandinavian Journal of Psychology*. Vol 35(4) 315-327. 1994.

³⁴ Frankenhaeuser M, Lundberg U, et al. Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior*. 10:321-346. 1989.

³⁵ Theorell T: Om den psykosociala miljön och hur den samvarierar med hälsoparametrar. In: *Psykosomatisk medicin*. Red: Sivik T och Theorell T. Studentlitteratur. 99-136 1995.

³⁶ Orth Gomer K. Personligt meddelande. Undersökning rörande risk för återinsjuknande i kranskärslssjukdomar hos kvinnor.

utomeuropeiska) har varit mycket svårt att komma in på den svenska arbetsmarknaden även vid hög kompetensnivå.³⁷ För flyktingar från länder med krig och katastrofer tillkommer ofta posttraumatisk stresssjukdom som försvårar koncentrationen t.ex. vid undervisning i svenska. Givetvis skapar den strukturella förändringen av det svenska samhället speciella problem för just invandrarna. När det sociala skydds nätet blir mindre heltäckande blir utsatta grupper speciellt lidande.

Enligt Statistiska Centralbyråns och Arbetarskyddsstyrelsens³⁸ sammanställningar av besvärsförekomst i olika branscher i det svenska arbetslivet har två grupper i den offentliga sektorn under senare delen av 1990-talet haft en mycket kraftig ökning av besvär som är relaterade till negativ stress, nämligen personer som arbetar i vårdsektorn och skolan. I båda dessa branscher har de anställda varit med om omfattande omorganisationer och personalinskränkningar under 1990-talet. I vårdsektorn har nya medicinska landvinningar skapat möjligheter till korttidsvård och polikliniska behandlingar vilket lett till en minskning av antalet sjukhusplatser. Dessutom har anställda med kortare utbildning blivit betydligt färre medan högutbildades andel (läkare och sjuksköterskor) har ökat kraftigt. Anställningstryggheten är inte längre en självklarhet, och kraven på effektivitet har ökat kraftigt. Ständiga omorganisationer har skapat en osäkerhetskänsla. Undersökningar bl.a. av anställda vid regionsjukhuset i Örebro har visat att dessa förändringar i början och mitten av 1990-talet har åtföljts av tilltagande trötthet.^{39,40} Det har även visat sig i en blodanalys av kvinnliga anställda under åren 1998 till 1999 att den sista nedskärningen åtföljdes av försämring av vissa fysiologiska skyddssystem, bl.a. det skyddande kolesterolet och det kvinnliga könshormonet oestradiol.⁴¹

För vissa grupper inom transportsektorn och byggbranschen har tvånget att arbeta i mycket långa skift medfört extraordinära påfrestningar som studeras i flera undersökningar. Man vet ännu för litet om långtidseffekter av extremt långa arbetstider men har konstaterat att

³⁷ Söndergaard HP och Ekblad S.: Traumatic stress hos vuxna flyktingar: när ohälsan tiger eller talar bruten svenska. *Läkartidningen*. 25;95(13):1415-16.

³⁸ Arbetsorsakade besvär 1999. *Statistiska meddelanden*. Arbetarskyddsstyrelsen, Statistiska centralbyrån. 1999.

³⁹ Arnetz B. Rapport från RSÖ:s KAK-uppföljning; resultat, samband, slutsatser. Örebro regionsjukhus. Örebro 1998.

⁴⁰ Arnetz B. Rapport från RSÖ:s KAK-uppföljning; resultat, samband, slutsatser. Örebro regionsjukhus. Örebro 2000.

⁴¹ Hertting A och Theorell T.: *The Physiological Effects on Personnel of the Reduction of Resources in the Health Care Sector*. Manuskript, IPM, Stockholm. 2000.

sådana kan leda till förändringar i regleringen av hormonsystemen i kroppen. Problem uppkommer framför allt när de arbetande skall tillbaka till ett mera normalt liv efter sina intensiva skiftarbetsperioder.^{42,43,44}

Rent allmänt har vi otillräckliga kunskaper om optimala arbetstider, dygnsvila, veckovila och årsvila. En grundregel är att de flesta människor klarar intensivt övertidsarbete under några veckors tid men att alla behöver kompensatoriska återhämtningsperioder.⁴⁵ Det finns en del epidemiologiska undersökningar från 1960- och 1970-talen som tyder på att ett kontinuerligt kraftigt övertidsarbete med en sammanlagd arbetsvecka på minst 70 timmar kan medföra ökad risk för hjärtinfarkt.^{46,47,48,49}

Under senare år har emellertid forskningen inte kunnat visa några enkla samband mellan arbetstidens längd och risken för hjärt-kärlsjukdom. Den senast publicerade europeiska studien var en holländsk undersökning från slutet av 1980-talet. Denna tydde på att det fanns ett samband mellan långa arbetstider och hjärtinfarktstrisk.⁵⁰ En japansk studie på 1990-talet visade att såväl en genomsnittligt lång arbetsdag

⁴² Göransson B, Åkerstedt T, Kecklund G, Gillberg M. Utvärdering av införandet av 12 timmars helgskift vid Birka service AB. *Stressforskningsrapporter*. (285):1-44. 1999.

⁴³ Kecklund G, Axelsson J, Lowden A, Åkerstedt T. 8- och 12-timmars skift inom samma skiftschema: effekter på sömn och vakenhet. *Stressforskningsrapporter*. (279):1-31. 1998.

⁴⁴ Lowden A, Kecklund G, Axelsson J, Åkerstedt T. Övergång från 8 till 12-timmarsskift. *Stressforskningsrapporter*. (269):1-53. 1996.

⁴⁵ Åkerstedt T. *Vaken på udda tider – Om skiftarbete, tidzoner och nattsudd*. Stockholm: Arbetsmiljöfonden. 1995.

⁴⁶ Björck G, Blomqvist G och Sievers J: Studies in myocardial infarction in Malmö 1935-1954. Infarction rate by occupational group. *Acta Med Scand* 161: 21, 1958.

⁴⁷ Hinkle LE Jr, Whitney HL, Lehman EW, Dunn J, Benjamin B, King R, Plakun A och Flehinger B: Occupation, education and coronary heart disease. *Science* 161: 238, 1968.

⁴⁸ Kasanen A, Kallio V och Forsström J: The significance of psychic and socio-economy stress and other modes of life in the etiology of myocardial infarction. *Ann. Med. Intern. Fenn.* 52 suppl 43, 1963.

⁴⁹ Russek HI och Zohman BL: Relative significance of heredity, diet and occupational stress in coronary heart disease of young adults; based on an analysis of 100 patients between the ages of 25 and 40 years and a similar group of 100 normal subjects. *Am J Med Sci* 235: 266, 1958.

⁵⁰ Falger PRJ och Schouten EGW: Exhaustion and psychologic stress in the work environment and acute myocardial infarction in adult men. *J Psychosom Res* 36: 777-786, 1992.

(minst 11 timmar per dag) som en genomsnittligt kort arbetsdag (ej över 7 timmar i genomsnitt) hade samband med ökad risk för hjärtinfarkt.

Forskarna menar i sin diskussion av dessa resultat att sambandet med den korta arbetsdagen givetvis kan bero på att människor som är sjuka, och kanske på väg att få en hjärtinfarkt, tenderar att korta ned arbetstidens längd. De säger dock att denna förklaring inte är så sannolik eftersom man tagit hänsyn till en mängd ohälsoindikatorer i analysen. En alternativ förklaring skulle kunna vara att människor som tvingats att vara undersysselsatta kan vara frustrerade och bli sjuka av detta. Sambandet med lång arbetstid gällde särskilt om arbetsdagens längd hade ökat under den senaste månaden.⁵¹ En svensk studie av män och kvinnor i olika typer av yrken i mitten av 1980-talet⁵² visade att män i yrken där övertidsarbete var relativt vanligt hade en minskad risk att bli intagna på sjukhus för hjärtinfarkt under ett uppföljningsår. För kvinnorna fann man däremot på motsvarande sätt en överrisk för hjärtinfarkt i typiska övertidsyrken. Detta kan illustrera att effekterna av övertid förmodligen har att göra med den totala arbetssituationen, dvs. hemarbete plus yrkesarbete (se för övrigt kapitel 13 om genusaspekter på hälsa). Resultaten väcker också frågor som har att göra med att män och kvinnor har helt olika arbetsmarknad.

Bakgrunden till att man arbetar övertid kan vara olika. Om man tvingas till att arbeta övertid har detta förmodligen farligare effekter än om man själv väljer att arbeta långa arbetsdagar. Om arbetet är roligt och stimulerande och man själv kan förlägga övertiden som man själv vill och ta pauser när man vill orkar man troligen bättre. Kombinationer av dessa typer av faktorer har inte studerats tillräckligt. Inte heller när det gäller andra mer eller mindre stressrelaterade sjukdomar är dessa samband tillräckligt studerade.

Avsaknaden under senare år av entydiga forskningsresultat som pekar på samband mellan övertidsarbete och risk för allvarlig sjukdom kan också tänkas bero på att det blir allt svårare att klart avgränsa vad som är arbetstid. Alltför har en suddig gräns mellan arbete och fritid. Det är också farligt att dra slutsatsen att man inte behöver bry sig om

⁵¹ Sokejima S and Kagamimori S: Working hours as a risk factor for acute myocardial infarction in Japan: a case control study. *BMJ* 317: 775-780, 1998.

⁵² Alfredsson L, Spetz C-L och Theorell T: Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *Int J Epidemiol* 14: 378-388, 1985.

övertidsarbete. För vissa grupper, t.ex. yrkeschaufförer, är man överens om att extremt övertidsarbete medför hälsorisker.⁵³

De strukturella förändringarna i arbetslivet under 1990-talet har påverkat olika socioekonomiska grupper mycket olika. En ökande polarisering har beskrivits. Bland arbetstagare med kortare formell utbildning har arbetslösheten varit högre än tidigare. Arbetslöshetsperioder har för många växlat med kortare perioder av tillfällig anställning, ofta i arbete med dålig psykosocial miljö – med små möjligheter till handlingsutrymme och kompetensutveckling. Bland arbetstagare med längre formell utbildning är risken för arbetslöshet mindre men här har kraven på långa arbetstider och intensiva arbetsinsatser ökat. I dessa grupper beskrivs ofta beslutsutrymmet som bra, men i praktiken har möjligheterna till ”kontroll över arbetet” försämrats på grund av internationalisering och ökad ekonomisk konkurrens.

8.3 Åtgärder mot stressutvecklingen

Resultat från forskning är entydiga: Både när det gäller strukturella och individuella faktorer finns det mycket man kan göra för att minska skadlig stress och konsekvenserna av denna. Såväl i företagshälsovården som i primärvården finns på många håll ett stort intresse för dessa frågor. Kompetensen är emellertid ojämnt fördelad.

En översyn av de insatser som görs för att förbättra kompetensen inom företagen för att minska antalet stressorer i arbetslivet pågår i Näringsdepartementets pågående utredning. Basala faktorer som ett bra socialt klimat på företagen som bl.a. underlättas av en välformulerad och av alla omfattad målbeskrivning, bra arbetsdemokrati som innebär att arbetstagarna har rimliga möjligheter att påverka sin egen situation och att utveckla nödvändig kompetens samt en rimlig arbetsmängd i förhållande till resurserna måste uppmärksammas. Arbetstider – både deras längd och relation till återhämtningsmöjligheter och deras uppläggning i skiftgång – har avgörande betydelse liksom relationen mellan arbete och fritid.

När det gäller arbetslivet är det viktigt att kunskaperna om hälsofrämjande arbete ökas på alla nivåer. När det gäller chefer har Ingenjörsvetenskapsakademin nyligen uppmärksammat att utbildningen i psykosocial arbetsmiljö har varit försummad för chefer i det svenska

⁵³ Steenland K: Shift work, long hours and cardiovascular disease: a review. I Schnall P, Belkic K, Landsbergis P och Baker D: The workplace and cardiovascular disease. State of the art reviews. *Occupational Medicine* 15, 2000.

arbetslivet, och man har därför startat ett projekt⁵⁴ som syftar till att öka intresset för dessa frågor. Försök pågår också i landet på några håll med att utvärdera effekter på anställdas stress av psykosocial arbetsmiljöutbildning.

De ekonomiska konsekvenserna av negativ stress behöver också bli utförligt utredda. Kunskapen om sådana liksom även samhällets kostnader för rehabiliteringsbehov och produktionsbortfall orsakade av negativ stress måste spridas mera systematiskt i det svenska arbetslivet. De förhållanden som gynnar en god hälsa för de anställda är i allmänhet desamma som också gynnar en god produktion. Ny kunskap växer fram på detta område både inom ekonomisk och arbetsorganisationsforskning inte minst i Sverige.

Företagshälsovården har en viktig roll i åtgärderna mot skadliga stressorer eftersom man därifrån har unika möjligheter att upptäcka tidiga signaler på ökande ohälsa som kan vara en konsekvens av skadlig stress. Den svenska företagshälsovården har också tidigare än i andra länder skaffat sig kompetens att kartlägga och åtgärda skadliga arbetsstressorer på en organisatorisk nivå. Dock måste resultat av den nyare forskningen i större utsträckning utnyttjas i företagshälsovården. Det är möjligt att vi i Sverige har varit alltför långsamma i att anamma fysiologiska mätningar för att upptäcka tidiga signaler på företagen. Delvis beror detta kanske på att det finns etiska problem att utreda innan fysiologiska mätningar, t.ex. blodprover, salivprover och 24-timmarsregistreringar av pulsvariationer, kan genomföras i stor skala på anställda.

I samspelet mellan arbetslivet och familjelivet uppstår många konfliktsituationer som leder till skadlig stress. Undersökningar av stressorer i relation till stressrelaterade sjukdomar pekar på att dessa konflikter har stor betydelse särskilt för kvinnor. Stöd i form av fungerande förskola och fritidsverksamhet har alltså stor betydelse. I vissa fall spelar även familjerådgivningen en stor roll.

Effekterna av arbetslöshet är relativt väl kartlagda. Man vet att dessa ser olika ut i olika faser av arbetslösheten. När anställda varslas om nedläggning eller personalnedskärning väcks ångest som återspeg-

⁵⁴ Jeding K, Hägg G M, Marklund S, Nygren Å, Theorell T, Vingård E. *Ett friskt arbetsliv: fysiska och psykosociala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidig rehabilitering*. Stockholm, Arbetslivsinstitutet, 1999.

las även i kroppsliga funktioner.^{55,56,57} Just när arbetslösheten börjar, minskar ofta ångesten för att sedan öka igen när arbetslösheten pågått några veckor eller månader. Under denna fas är också depression och apati vanliga reaktioner. Satsningar görs bl.a. från de stora fackförbunden för att fånga in människor i denna fas av arbetslösheten så att de kan komma in i nätverk som ger stöd och skapar struktur samt underlättar för de arbetslösa att finna nya jobb. Inom vissa branscher slår sig företag samman för att skapa nätverk som skall underlätta sökandet av arbetskraft bland arbetslösa.

Satsningar för att underlätta för individer att hantera stress, s.k. stress management eller program för att förbättra coping, görs också. Sådana program sköts dock i stor utsträckning av privata företag, och systematisk utvärdering av effekter har inte gjorts i någon stor utsträckning. Apoteken tillhandahåller bl.a. ljudband med råd beträffande stress management, undervisning i avslappning m.m. Primärvården och den sektoriserade psykiatrien har endast i begränsad utsträckning tagit upp sådan rådgivning och undervisning.

Kompetenshöjning hos allmänheten kan också vara en viktig åtgärd. Nyligen har SEKO gjort ett undervisningsmaterial för sina medlemmar, och TCO gör en liknande satsning. I år kommer även Forskningsrådsnämnden med en informationsskrift. Institutet för psykosocial medicin har producerat informationsmaterial och deltagit i många informationsmöten om stressfrågor för allmänheten, för olika fackförbund och för anställda i olika branscher. Arbetslivsinstitutet satsar också betydande resurser på information om stressrelaterade arbetsmiljöfrågor i sina olika skrifter och i debatter, konferenser och föreläsningar. Folkhälsoinstitutet har i samarbete med Institutet för psykosocial medicin och Arbetslivsinstitutet gjort särskilda satsningar för bl.a. kvinnor och stress i föreläsningar, böcker och ljudband.

Diagnostiken är eftersatt. I primärvården gör man t.ex. inte skillnad mellan de olika regleringsrubbningar som beskrivits ovan. Förmodligen görs i många fall inte heller tillräckliga insatser för att utesluta kroppssjukdomar, t.ex. blodbrist och rubbningar i sköldkörtelns funktion samt vissa infektioner som framkallar symptom som påminner om dem som

⁵⁵ Brenner SO och Levi L. Long-term unemployment among women in Sweden. *Social Science & Medicine*. 25(2):153-61, 1987.

⁵⁶ Mattiasson I. Lindgärde F. Nilsson JA. och Theorell T.: Threat of unemployment and cardiovascular risk factors: longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *BMJ*. 301(6750):461-6, 1990.

⁵⁷ Janlert U. *Work deprivation and health. Consequences of job loss and unemployment*. Dissertation. Stockholm. 1991.

förekommer efter långa perioder av negativ stress. Bristerna när det gäller diagnostik hänger ihop med att riktlinjer och rutiner för fysiologiska undersökningar och även laboratoriekapacitet för att utföra analyser saknas på många håll. Likaså finns det otillräcklig kapacitet i form av utbildade psykologer och andra experter för psykosociala utredningar och individuell handledning.

8.4 Bedömning

Det behövs många typer av åtgärder för att påverka stressen i arbetslivet. Här anges några åtgärder som bedöms som viktiga.

1. *Det är angeläget med kompetenshöjande åtgärder för nyckelgrupper. Det gäller t.ex.:*

- Chefer och högre administratörer.
- Lärare i grundskolan som har anknytning till hälsofrågor i undervisningen.
- Personer i universitets- och högskoleutbildningar där rekrytering till arbetsledarroller är vanlig.

2. *Det är viktigt med strukturella och organisatoriska åtgärder i arbetslivet. En noggrann genomgång av denna typ av åtgärdsförslag presenteras i underlagsrapport nr 1 till Nationella folkhälsokommittén som behandlar arbetslivsfaktorer. I dessa åtgärdsförslag betonas bl.a.:*

- Insatser mot arbetslöshet. Hotet om arbetslöshet kan öka risken för negativ stress både bland dem som blir arbetslösa och bland dem som blir kvar i arbete.
- Anpassning av arbetet till människors förutsättningar och behov. Anpassningen skall ske genom översyn av arbetsorganisationen och vid projektering av nya arbetsplatser. I planeringen bör man särskilt beakta nyare forskning om arbetsmiljö, bl.a. om magra organisationer.
- Stöd till de regionala skyddsombudens och yrkesinspektörernas kompetensutveckling på stressområdet.
- Satsning på hälsofrämjande företag med hjälp av systematiska kartläggningar och utmärkelser till goda företag med ambitioner att förebygga negativ stress.
- Adekvat personalstyrka och adekvat kompetens inom personalgrupperna.

- Samverkan mellan företag, landsting, kommuner och lokala organisationer i hälsofrämjande "antistress"-syfte.
- Särskilda satsningar på vissa grupper t.ex. äldre och kvinnor i låg-statusyrken.

3. *Resurserna för diagnostik och behandling behöver förbättras. Det innebär bl.a.:*

- Satsning på centra för prövning av diagnostik och behandling. Det är viktigt att staten tar initiativ till regionala sådana centra eftersom stressområdet innehåller motstridiga partsintressen och det dessutom finns kommersiella aktörer. Detta gör att det är viktigt att man skapar oberoende grupper som utan yttre tryck kan arbeta på att utforma riktlinjer och pröva samt noggrant utvärdera olika rutiner. Stressproblematiken kräver tvärsektoriella insatser med expertis på arbetsorganisation, familjerådgivning, psykoterapi, fysiologiska analyser och rådgivning i avslappning och stresshantering m.m. Den tvärvetenskapliga ansatsen finns ännu inte representerad på ett tillfredsställande sätt i den offentliga sektorns vårdutbud. Ett samarbete med patientföreningar måste etableras på stressområdet. Det kan t.ex. gälla stresshantering i rehabiliteringen efter hjärtinfarkt. Centra för stressutredning och -behandling bör finnas i anslutning till regionsjukhusen. Centras huvuduppgift blir att etablera diagnos- och behandlingsrutiner och att överföra kunskap om dessa till sjukhusvård, primärvård, rehabilitering och företagshälsovård.
- Satsning på utbildning av personal i primärvård och företagshälsovård.
- Satsning på de särskilda stressorer som vårdpersonal utsätts för bl.a. därför att vårdpersonalens eget mentala tillstånd påverkar den vård som patienter/klienter får.

4. *Utökad satsning på grundforskning. Särskilt bör framhållas:*

- Behov av forskning kring fysiologiska mekanismer och genderrelaterade förhållanden som hittills varit försummade.

Addendum om Posttraumatiskt stress-syndrom – PTSD

Extrema psykiska traumaupplevelser ligger bakom en specifik typ av stressreaktion. Efter sådana påfrestningar kan olika psykiska och psykosomatiska sjukdomstillstånd uppstå, såsom ångest, depression och dissociativa⁵⁸ störningar. PTSD är upptaget i WHO:s diagnoslista och i det forskningsrelaterade diagnossystemet DSM, där även akut stress-syndrom, är definierat.

Då PTSD-begreppet – trots betydande och stadigt ökade kunskaper – fortfarande är ifrågasatt inom psykiatin, finns risk för att PTSD-drabbade förblir odiagnostiserade och därmed obehandlade. Detta trots att det inte är svårt att ställa diagnosen.

Kriterierna för PTSD- diagnos är mycket strikta

Här förutsätts att individen har upplevt en dödshändelse, hot om död, allvarlig skada, våldtäkt, eller sexuella övergrepp mot barn. I samband med detta krävs att individen har upplevt starka affekter, såsom fruktan, hjälplöshet eller skräck. Vidare fordras återupplevelser, påträngande och plågsamma minnesbilder, "flashbacks", mardrömmar, starka emotionella eller kroppsliga reaktioner vid stimuli som påminner om händelsen, s.k. "triggers". Därutöver förutsätts att sekundära personlighetsförändringar till följd av traumaupplevelserna har ägt rum: undvikande av aktiviteter, platser, personer eller tankar som är förknippade med händelsen, eller känslomässig stumhet, dvs. förlust av intresse för omgivningen. Slutligen fordras att individens sympatiska nervsystem är ständigt överaktivt och att individen till följd av detta har sömnstörningar, irritabilitet eller vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, ständigt förhöjd uppmärksamhetsgrad, eller benägenhet att hoppa till vid oväntade ljud.

En förutsättning för diagnosen är att symptomen har bestått under minst en månad och att individen lider eller fungerar sämre på grund av besvären. Som framgår räknas inte livshändelser såsom att förlora arbete, skilsmässa etc. som extrema traumata och leder inte till PTSD.

⁵⁸ Dissociation innebär starka upplevelser av överklighet, identitetsförlust eller förvirringstillstånd beträffande person, tid och rum.

Förekomst

PTSD förekommer framför allt hos flyktingar och människor som har varit utsatta för eller bevittnat våldsbrott, krig eller katastrofer. I Sverige räknar man med att ungefär 0,3 procent av den svenska befolkningen har PTSD. Bland vissa flyktinggrupper är 20–30 procent drabbade. Detta innebär att det förmodligen finns 100 000 fall i Sverige, av vilka flertalet sannolikt varken har fått diagnos eller behandling.^{59,60}

Sårbarhet

Ungefär en tredjedel av de personer som drabbas av mycket svåra traumatiska händelser har en ökad risk att utveckla PTSD, men å andra sidan utvecklar nästan alla tillståndet efter tillräckligt svåra traumatiska upplevelser.

Sjukdomsbild

Såsom vid andra stress-relaterade sjukdomar är den drabbades förmåga till höjning av stresshormonet cortisol vid påfrestningar nedsatt. Kronisk trötthet och psykosomatiska besvär är vanliga.

Den drabbade har plågsamma minnesbilder och sekundära personlighetsförändringar såsom benägenhet till undandragande, känslomässiga förändringar samt överaktivitet i det sympatiska nervsystemet.

I hjärnan anses hippocampus vara påverkad så länge sjukdomen består, vilket skulle kunna förklara att det är svårt att lära sig nya saker.

Prognos

Vid obehandlad PTSD är sannolikheten hög att tillståndet består under en längre tid, minst några år. Under gynnsamma förhållanden kan man dock räkna med en tendens till spontan läkning. Låg stressnivå och trygga levnadsvillkor tycks vara positiva för spontanläkningen, medan negativa moment i tillvaron tycks motverka läkningen. Negativa händelser kan få latent PTSD att bryta ut.

⁵⁹ Thuselius H och Håkansson A. Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *J Trauma Stress* 1999 Jan; 12 (1)167-74.

⁶⁰ Beräkning av Hans Peter Söndergaard. leg läk och leg psykoterapeut. IPM samt CTD, Centrum för tortyr-och traumaskadade, Stockholm.

Studier av överlevande från koncentrationsläger och krigsveteraner visar att ett antal individer har bestående symptom, eller att symptomen kan återkomma i samband med åldrande eller andra situationer som minskar individens upplevelse av autonomi.

Co-morbiditet

Samsjuklighet förekommer ofta vid PTSD, varvid depression, ångeststörningar och beroendesjukdomar är överrepresenterade.

Andra generationen

I befolkningsgrupper med frekvent förekomst av PTSD har en ökad förekomst av problem hos barnen uppmärksamats. Detta är rimligt med tanke på de påfrestningar, som barn och ungdomar till en PTSD-drabbad utsätts för. Därför är det av central betydelse att även uppmärksamma de anhörigas situation.

Det finns också studier gjorda om barnen till personer som har överlevt koncentrationsläger. Dessa studier visar stora problem för barnen i form av stress och ångest.

Behandling

Psykologiska behandlingsmetoder används främst. Många olika – och ibland sinsemellan oeniga – skolbildningar finns. Det primära är att individen måste få stöd och hjälp, men därutöver måste en psykologisk bearbetning av händelsen, respektive händelserna, ske. Medicinering för att behandla samtidigt förekommande depression eller för att minska "arousal" eller överretlighet i nervsystemet är ofta nödvändig men endast i undantagsfall tillräcklig.

Prevention

Att förebygga extremt traumatiska händelser är en viktig politisk uppgift. Individer som har utsatts för extremt trauma är en viktig målgrupp. Förblir de drabbade obehandlade är risken för senare utveckling av PTSD stor.

Behandling i form av "critical incident debriefing" är vanlig. Debriefing innebär att man efter händelsen går igenom det inträffade i grupp. Effekten har i några sammanställningar av utförda studier

bedömts som tveksam och viss kunskapsbrist vad gäller att förhindra PTSD-utveckling finns. Avgörande är dock att tillskapa behandlingsresurser för situationer där man kan förutse att ett stort antal individer löper risk att utveckla PTSD.

Ytterligare information om behandling av PTSD finns i bl.a. följande källor:

- Foa E. B, Keane T. M, Friedman M. J. (eds.) *Effective Treatments for PTSD*. Guilford Publications 2000.
- www.istss.org, där en mångfald länkar finns angående patientinformation och anhöriga.

9 Utbildning i ett hälsoperspektiv¹

9.1 Inledning

Sambandet mellan utbildning och hälsa är sedan länge välkänt och väldokumenterat – ju högre utbildning desto bättre hälsa.

I en av Nationella folkhälsokommitténs tidiga skrifter gör Olle Lundberg en genomgång av ohälsans fördelning i dagens Sverige. Han redovisar dödsrisk i förhållande till utbildningsnivå i form av diagram för såväl yngre (26–45 år) som äldre (46–65 år), män som kvinnor. Ett av de fyra diagrammen återges på nästa sida som exempel på det tydliga sambandet mellan utbildningsnivå och dödsrisk i förvärvsaktiv ålder.²

Som synes motsvarar varje tillskott av utbildning en minskning av dödsrisken på samtliga utbildningsnivåer för män i åldern 46–65 år. Samma mönster återfinns hos de yngre männen samt hos kvinnorna i båda åldersgrupperna.

Mot bakgrund av ovanstående skulle man kunna se hela utbildningsväsendet som en grundläggande och gigantisk folkhälsosatsning.

Detta kapitel beskriver i första hand den obligatoriska grundskolans och i viss mån gymnasieskolans roll och möjligheter att främja hälsa och förebygga ohälsa. Kapitlet innehåller även ett avsnitt om vuxenutbildningen. Det lyfter fram skolan som en mycket viktig arena för såväl främjande som förebyggande folkhälsoarbete. I kommitténs andra delbetänkande betonas att samhällets insats bör vara att skapa stödjande strukturer och miljöer.³ Skolan har unika möjligheter att vara just

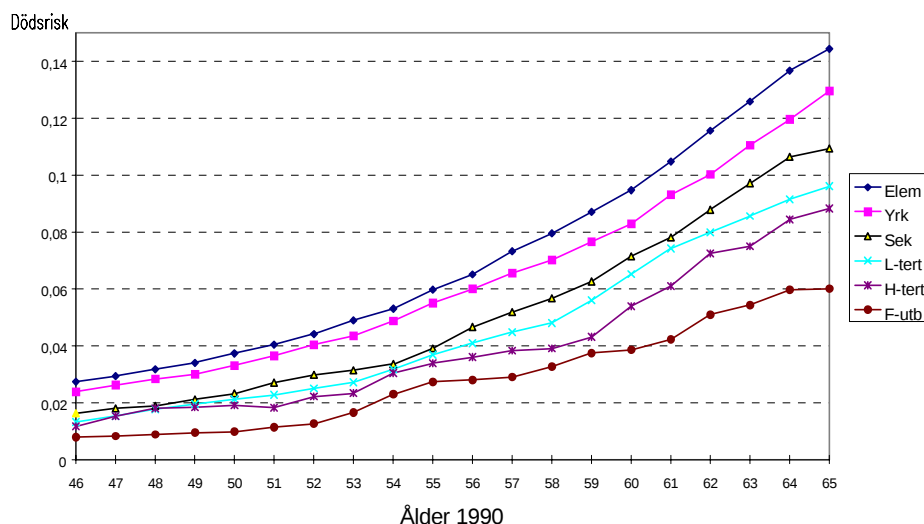
¹ Ulla Marklund, chef för utvärdering och forskning vid Folkhälsoinstitutet, har skrivit de delar av kapitlet som gäller utbildning för barn och ungdom. Avsnittet om vuxenutbildning har skrivits inom sekretariatet.

² Lundberg O. Om ohälsans ojämlika fördelning i dagens Sverige. I: Nationella folkhälsokommittén. *En god hälsa – ett socialt privilegium?* Stockholm: Nationella folkhälsokommittén, 1998.

³ SOU 1999:137 *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälso-mål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet, 1999, s. 15.

detta. I betänkandet nämns skolan som en viktig arena i nästan varje avsnitt, men där saknas en samlad beskrivning av situationen i skolan.

Figur 9.1. Dödsrisk efter utbildningsnivå bland män 46–65 år 1990. Dödlighet 1991–96.



Källa: SFR.⁴

De sex utbildningsnivåerna i ovanstående diagram är elem (obligatorisk grundskola/folkskola), yrk (yrkesutbildning efter den obligatoriska), sek (teoretisk gymnasielinje/realexamen), L-tert (akademiska grundutbildningar som fil. kand. samt eftergymnasiala utbildningar som sjuksköterska, polis), H-tert (s.k. prestigeexamina som läkare, jurist och civilingenjör) och F-utb (forskarutbildade med doktorsexamen från universitet).

Kapitlet har två syften. Det ena är att – för dem som närmar sig skolan från ”folkhälsohållet” – beskriva skolans arbete med och möjligheter att vara en viktig arena för folkhälsoarbete. Den främjande och förebyggande verksamhet, som redan i hög grad bedrivs inom skolan – fast delvis under andra förtecken – lyfts fram. Det andra syftet är att stärka hälsoarbetets status hos skolans aktörer genom att visa hur väl folkhälsovetenskapliga teorier och arbetsmetoder stämmer överens med pedagogiska metoder och att de har mycket att tillföra skolans utvecklingsarbete. Utgångspunkten är att lärande är viktigt för hälsan och att hälsan är viktig för lärandet; den som inte mår bra lär sig inte heller

⁴ SFR. *Ojämlighet i hälsa – Ett nationellt forskningsprogram*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1998.

bra. I princip allt som görs i skolan stärker eller motverkar syftet att främja såväl inläarning som hälsa.⁵ Detsamma gäller förstås vuxenutbildningen. Där finns dock ett ännu större behov av att öka medvetenheten om sambandet mellan utbildning och hälsa och att stärka den hälsofrämjande inriktningen.

9.2 Grundskolan och gymnasieskolan

Grundskolan och gymnasiet är tillsammans Sveriges största arbetsplats. Läsåret 1999–2000 tillbringade drygt 1 460 000 barn och ungdomar och 125 000 lärare sin arbetstid där.⁶ Tillsammans med övrig personal utgör de nästan 1,6 miljoner människor.

Avsnittet beskriver förutsättningarna för skolans hälsofrämjande och förebyggande arbete samt de hinder och brister som finns trots goda ambitioner och formella möjligheter.

9.2.1 Skolans ledning och organisation

Riksdag och regering anger de nationella målen och riktlinjerna för barnomsorgen och skolan. Sedan år 1991 är skolan mål- och resultatstyrd med decentraliserat ansvar för verksamheten. Kommunerna fick då ansvar för att de nationella målen förankras och tolkas på lokal nivå i den kommunala skolplanen och i skolornas arbetsplaner. Kommunerna har också ansvar för organisation, personal och resurser till skolan.

År 1991 bildades Statens skolverk som central förvaltningsmyndighet för det offentliga skolväsendet med uppgift att ”verka för att de mål och riktlinjer förverkligas som riksdagen och regeringen har fastställt för verkets ansvarsområde”.⁷ Skolverket arbetar med uppföljning, utvärdering, utveckling, forskning och tillsyn. Den lokala uppföljningen av skolans mål åligger kommuner och skolor.

Sedan år 1998 ansvarar Skolverket även för barnomsorgen, dvs. förskoleverksamhet och skolbarnomsorg, samt den nya skolformen förskoleklass.

⁵ Hälsofrämjande skola. *Ett samlat grepp för visionen om skolan som en stödande miljö för hälsa*. Folkhälsoinstitutet 1997:39, Stockholm.

⁶ *Barnomsorg och skola i siffror 2000*. Del 2. Skolverkets rapport nr 185. Stockholm: Skolverket, 2000.

⁷ Förordning (1991:1121) med instruktion för Statens skolverk. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 1991.

9.2.2 Skolans styrdokument

I olika nationella styrdokument som skollag, läroplaner och kursplaner anges mål och ramar för skolans verksamhet. Portalparagrafen (1 kap. 2 § skollagen) lyder:

Alla barn och ungdomar skall, oberoende av kön, geografisk hemvist samt sociala och ekonomiska förhållanden, ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet.

Utbildningen skall ge eleverna kunskaper och färdigheter samt i samarbete med hemmen, främja deras harmoniska utveckling till ansvarskännande människor och samhällsmedlemmar. I utbildningen skall hänsyn tas till elever med särskilda behov.

Verksamheten i skolan skall utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar. Var och en som verkar inom skolan skall främja aktning för varje människas egenvärde och respekt för vår gemensamma miljö. Särskilt skall den som verkar inom skolan

1. främja jämställdhet mellan könen samt
2. aktivt motverka alla former av kränkande behandling såsom mobbning och rasistiska beteenden. (SFS1997:1212)

I läroplanen^{8,9} finns ett särskilt avsnitt om skolans värdegrund, som bygger på skollagens portalparagraf:

Människolivets okränkbarhet, individens frihet och integritet, alla människors lika värde, jämställdhet mellan kvinnor och män samt solidaritet med svaga och utsatta är de värden som skolan skall gestalta och förmedla.

Skolans mål är i alla väsentliga delar kongruenta med folkhälsoarbetets mål om jämlikhet och visar tydligt hur nära skolans uppdrag ligger folkhälsoarbetets.

Hälsa i skolans styrdokument

Under huvudrubriken *Mål och riktlinjer* finns i läroplanen för det obligatoriska skolväsendet två likvärdiga underrubriker, *Normer och värden* samt *Kunskaper*. Under *Kunskaper* finns målen om hälsa:

Skolan ansvarar för att varje elev efter genomgången grundskola

- har grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan och miljön

⁸ Regeringskansliet. *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet. Lpo 94*. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 1994, s. 5

⁹ Regeringskansliet. *1994 Års Läroplan för de Frivilliga Skolformerna, Lpf 94*. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 1994, s. 7

Motsvarande mål för grundskolan är:

- känner till grunderna för en god hälsa och för träningsskolan
- att vara fysiskt aktiv för hälsa och välbefinnande

Under rubriken *Rektors ansvar* sägs att rektor har ett särskilt ansvar bl.a. för att

- ämnesövergripande kunskapsområden integreras i undervisningen i olika ämnen. Sådana kunskapsområden är exempelvis miljö, trafik, jämställdhet, konsumentfrågor, sex och samlevnad samt riskerna med tobak, alkohol och andra droger,
- samt att
- upprätta, genomföra, följa upp och utvärdera skolans handlingsprogram för att förebygga och motverka alla former av kränkande behandling, såsom mobbning och rasistiska beteenden bland elever och anställda.¹⁰

I kursplanerna för ämnena biologi, hemkunskap samt idrott och hälsa finns vissa formuleringar, där hälsobegreppet ingår.

Gymnasiets läroplan, Lpf 94, är relativt lik grundskolans och innehåller i många fall identiska formuleringar. Hälsoundervisning berörs explicit på två ställen i Lpf 94. Där anges att det är skolans ansvar att varje elev som slutfört utbildningen

- har kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa
- visar respekt för och omsorg om såväl närmiljön som miljön i ett vidare perspektiv

Vidare sägs att rektor har ett särskilt ansvar för att

- eleverna får kunskaper om sex och samlevnad, trafikfrågor samt riskerna med tobak, alkohol, narkotika och andra droger.¹¹

I nuvarande läroplan har man placerat hälsoarbetet under rubriken Kunskaper. Det finns dock även en naturlig koppling till skolans värdegrundsarbete. Detta framgår inte tydligt av skolans styrdokument, men väl av den syn på hälsa, som beskrivs senare under rubriken 9.3.4 *Skolverkets arbete med hälsa*.

¹⁰ ibid, s. 10–12 och 19.

¹¹ ibid, s. 12 och 16.

9.2.3 Situationen i skolan

Under 1990-talet har det skett stora förändringar i den svenska skolan. De viktigaste är kommunalisering, ny läroplan, nytt betygssystem, stor gymnasiereform, ökade krav på uppföljning och utvärdering samt ett ökat antal fristående skolor. Rektorer och lärarpersonal men också föräldrar har fått större befogenheter att bestämma över sin skola, samtidigt som eleverna fått ökad möjlighet både att välja skola och att välja inriktning inom skolan.

Skolan är viktig för alla och de stora förändringar som skett under 1990-talet har medfört att den varit och är utsatt för mycket kritik. Kommunaliseringen av skolan kom vid en tidpunkt då ekonomin försämrades och kommunerna fick hårda sparbeting, som även drabbade skolan. Problemen ges och har alltid givits stort utrymme i massmedia.

I ett europeiskt perspektiv står sig dock den svenska skolan väl. I en färsk EU-rapport om Europas skolor får Sverige mycket höga betyg. Kvaliteten har jämförts med hjälp av 16 olika indikatorer och inget annat land ligger så bra till i så många indikatorer som Sverige. Indikatorerna gäller kunskaper (7), övergångar och genomströmning (3), utvärdering och styrning (2) samt resurser och struktur (4).¹²

En heltäckande bild av den svenska skolan kan givetvis inte ges inom ramen för detta kapitel, som begränsar sig till områden som är viktiga för folkhälsan.

Lär sig eleverna det de ska?

Skolans huvuduppgift är att främja lärande. *Barnomsorg och skola 2000* är rubriken på Skolverkets senaste rapport med beskrivning och bedömning av situationen i grundskolan. ”De allvarligaste bristerna i skolsystemet rör måluppfyllelse avseende kunskapsmålen. – Varje elevs rätt till baskunskaper är oomtvistlig. Det är därför av yttersta vikt att en förbättring sker.”¹³ Särskilt allvarliga är bristerna i svenska och matematik där resultaten inte har förbättrats.

Från folkhälsosynpunkt är denna varningssignal viktig och oroande. Skolan kan inte vara en hälsofrämjande struktur och miljö om den misslyckas med sitt huvuduppdrag att främja lärande.

¹² *European Report on Quality of School Education. Sixteen quality indicators.* Report based on the work of the Working Committee on Quality Indicators. European commission. Directorate-General for Education and Culture. May, 2000.

¹³ *Barnomsorg och skola 2000. Skolverkets lägesbedömning.* Stockholm: Skolverket, 2000, s. 4.

Svenska Kommunförbundet kom inför skolstarten ut med sin årliga rapport.¹⁴ I den talar man om att de svenska skolbarnen klarar sig bra kunskapsmässigt i ett internationellt perspektiv. Man är emellertid bekymrad över att det är färre än tidigare år som når kunskapsmålen och att klyftan mellan dem som klarar sig bra och dem som inte alls klarar sig blir allt större. Man redovisar också att kommunerna nu satsar mer på skolan, både totalt och per elev.

Hur mår eleverna i skolan?

I rapporten *Läget i grundskolan 1999* sägs, att Skolverket regelbundet undersöker elevernas attityder till skolan och att majoriteten av dem ger en ganska ljus beskrivning av sin skoltillvaro. Men mellan fem och tio procent känner sig otrygga, mobbade och utsatta i skolan. De tycker undervisningen är tråkig och tappar självförtroende och självtillit, när de inte når uppsatta mål. En del elever i behov av särskilt stöd får inte det stödet i den vardagliga skolmiljön.

Bråk i klassrummet eller brister i den fysiska miljön, t.ex. dålig luft, är ofta orsaker till vantrivsel. I rapporten redovisas en enkät från Barnombudsmannen i vilken 18 procent av flickorna och 24 procent av pojkarna uppger att de känner sig stressade för att de inte kan äta lunch i lugn och ro på skolan.¹⁵

I Folkhälsoinstitutets vart fjärde år återkommande riksrepresentativa enkätundersökning *Skolbarns hälsovanor* ställs frågan "Vad tycker du om skolan nu för tiden?". Majoriteten svarade 1997/98 att de tyckte "mycket" eller "ganska" bra om skolan medan 12 procent i årskurs fem, 17 procent i årskurs sju och 35 procent i årskurs nio svarade "inte särskilt bra" eller "inte alls". Flickorna tyckte bättre om skolan än pojkarna och de yngre tyckte bättre om den än de äldre. Andelen elever som tyckte bra om skolan har minskat sedan 1993/94 års undersökning.¹⁶

Ett annat sätt att få en bild av elevernas inställning till skolan är att undersöka hur mycket de skolkar. Skolk är liksom skoltrivsel något som förändras med åldern. 90 procent av eleverna i årskurs fem svarade 1997/98 att de aldrig skolkat innevarande termin jämfört med

¹⁴ *Aktuellt om skolan*. Augusti 2000. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, 2000.

¹⁵ *Läget i grundskolan 1999. En temabild utgiven av Skolverket*. Stockholm: Skolverket, 2000

¹⁶ Danielsson, M. & Marklund, U. *Svenska skolbarns hälsovanor 1997/98*. Tabellrapport. Folkhälsoinstitutet 2000:5. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2000.

73 procent i årskurs sju och 50 procent i årskurs nio. I årskurs nio svarade 13 procent att de skolkat minst ett par gånger i månaden. Det finns inga könsskillnader i hur mycket eleverna skolkar.

I studien ställs också frågor om upplevd hälsa och om olika somatiska och psykosomatiska besvär. Svaren på dessa frågor visar, att besvären ökat genom åren. Mellan 1985/86 och 1993/94 var det framför allt de två äldre åldersgrupperna som sade sig ha besvär ofta och hos vilka stora försämringar skett.¹⁷ I den senaste undersökningen kan dock en försämring ses även hos 11-åringarna mellan 1994/95 och 1997/98.¹⁸ Symtomen ökar med högre ålder och fler flickor än pojkar uppger att de har olika besvär som ont i magen, ont i huvudet, yrsel etc.

En femtedel av barnen uppgav att de haft svårt att somna ”mer än en gång i veckan” under de senaste sex månaderna. Många fler uppgav, att de är trötta på morgonen på väg till skolan. Nästan varje skoldag är 15 procent av 11-åringarna, 26 procent av 13-åringarna och 36 procent av 15-åringarna trötta. Läger vi till dem som svarat att de är trötta 1–3 gånger i veckan kommer vi upp till 27, 45 respektive 60 procent. Stora ökningar har skett under det dryga decennium undersökningarna pågått.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljön berör såväl barn som vuxna på skolan. Sedan år 1991 omfattas också alla elever av arbetsmiljölagens bestämmelser om att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet.

I årets rapport från Skolverket lyfter man, förutom bristerna i måluppfyllelsen, fram stressen: ”Det andra problemområdet som Skolverket vill framhålla är stress hos personal, barn och unga i barnomsorg och skola.”¹⁹ Det viktigaste skälet tycks vara tidsbrist och för lite utrymme för samtal i skolan. I olika sammanhang ger både personal, barn och elever uttryck för att man saknar kontroll över den egna tiden och att en sådan maktlöshet kan skapa stress.

Stress kan vara en effekt av brister i den psykosociala arbetsmiljön. Stressrelaterade arbetssjukdomar som anmälades till Arbetarskyddsstyrelsen nästan tredubblades bland kvinnor och fördubblades bland män under perioden 1996–98. De största ökningarna märks för försäkringskassor, polis och gymnasieskolor.²⁰ En totalundersökning som

¹⁷ Marklund U. *Skolbarns hälsovanor under ett decennium*. Tabellrapport. Folkhälsoinstitutet 1996:110. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1997.

¹⁸ *ibid.*

¹⁹ *ibid.*, s. 5.

²⁰ Arbetarskyddsstyrelsen. Faktablad från Arbetarskyddsstyrelsen 1999-12-03. <http://www.arbsky.se>.

genomfördes bland lärare i Örebro län läsåret 1996/97 visar att cirka 20 procent av lärarna var "trötta och oroliga", vilket enligt författarna betyder otillräcklig nedvarvning och återhämtning. Denna grupp uttalade även mer ohälsosymtom, sjukfrånvaro och sjuknärvaro. Nedvarvning/återhämtning hade starkt samband med den nära arbetssituationen men inte med de mer övergripande organisatoriska förhållandena.²¹

Arbetskyddsstyrelsen har i enkäter till ett tusental rektorer samlat in uppgifter, som bl.a. baseras på skolornas skyddsronder. Undersökningen har gjorts åren 1992, 1993 och 1997.²² Första året påtalade 97 procent av rektorerna fysiska arbetsmiljöproblem. Motsvarande andel år 1996 var 87 procent. Ventilation, värme/kyla var det i särklass vanligaste problemet (67 %) medan buller, ljud, akustikfrågor kom som nummer två (26 %). Allergier, damm, städning, mattor uppgavs vara problem av 15 procent av rektorerna.

Problemen med bristfällig städning har uppmärksammats av flera myndigheter. Folkhälsoinstitutet har engagerat sig på grund av att det medför en ökad risk för allergiutveckling och ger redan allergiska och överkänsliga barn ökade besvär. Socialstyrelsen har givit ut "Allmänna råd om städning av förskolor och skolor". Man pekar där särskilt på smittspridningsrisken och behovet av att särskilt toaletter bör städas dagligen. Kommunernas miljö- och hälsoskyddsförvaltningar samt Yrkesinspektionen kan i sin tillsyn göra bedömningar av städkvaliteten. Kommunen är som arbetsgivare skyldig att tillse att arbetsmiljölagen och hälsoskyddslagen följs på skolorna.

Vad gäller den psykosociala arbetsmiljön har det enligt Arbetskyddsstyrelsens rektorsundersökningar skett en dramatisk försämring. År 1992 uppgav tolv procent av rektorerna sådana problem mot 54 procent år 1997.

Risken att råka ut för skador i skolan kartlades genom en noggrann skaderegistrering i 79 skolor under läsåret 1996/97.²³ Totalt 1 094 (926 med identifierad aktivitet och plats) skador registrerades och man har redovisat resultaten uppdelade på olika sätt. Sammanlagt var det 377 idrottsskador och 140 rastskador. Så kallade interaktionsskador utgör 34 procent av totalmaterialet och av dessa har nio procent bedömts som avsiktliga. Interaktionsskador totalt är betydligt vanligare på låg- och

²¹ Aronsson G & Svensson, L. *Nedvarvning, återhämtning och hälsa bland lärare på grund- och gymnasieskola*. Arbete och Hälsa 1997:21. Arbetslivsinstitutet 1997.

²² Rosenqvist Hedler, K. *Innemiljön – en del av skolans arbetsmiljö*. I: Skolhälsovård. Nr 2/1999-2000. Stockholm: Gothia, 1999.

²³ Laflamme L, Menckel E. *Elever, skador och skolmiljöer – skademönster och risksituationer*. Folkhälsoinstitutet 1998:6.

mellanstadiet än på högstadiet medan motsatsen gäller för avsiktliga handlingar/våld. Flickor och pojkar skadades lika mycket om man räknar in alla typer av skador.

En enkätstudie bland rektorer/skolledare för ett riksrepresentativt urval av 1 100 skolor genomfördes läsåret 1995/96.²⁴ Lärartäthet och personalresurser samt lärares/personals möjligheter att ge eleverna socialt stöd framhålls av dem som viktiga för elevernas psykosociala arbetsmiljö.

Flera studier har fokuserat på hot och våld i skolan. I Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökning framkom att var femte grundskolelärare utsatts för våld eller hot om våld under de senaste 12 månaderna. Det är nästan dubbelt så många som genomsnittligt på arbetsmarknaden. Besvär till följd av stress och psykiska påfrestningar är vanligast inom utbildningssektorn på såväl grundskole- som gymnasienivå, där 15–20 procent drabbas.²⁵ Någon rikstäckande information när det gäller elever finns inte idag. I den skaderegistrering som gjordes läsåret 1997/98 visades dock att skador på grund av våld mellan elever utgjorde nio procent av samtliga skador; för flickor är siffran 6 och för pojkar 10 procent. Studien visade att hög- och mellanstadiet var överrepresenterade samt att 74 procent av det avsiktliga våldet inträffade under oorganiserade aktiviteter såsom på raster, i korridorer och uppehållsrum.²⁶

Otillräcklig elevmedverkan i arbetsmiljöarbetet var en av de brister som uppmärksammades i den s.k. skolledarundersökningen.²⁷ Det handlade om dålig elevaktivitet i elevråd och klassråd, svårigheter att rekrytera nya elevskyddsombud samt bristfällig kontakt mellan dessa och klasserna. Enkäten visade dock att ett arbete pågår för ökat elevdeltagande i arbetsmiljöarbetet.

Likvärdighet och jämlikhet

I Nationella folkhälsokommitténs delbetänkande *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål* konstateras, att social och ekonomisk jämlikhet är starkt hälsofrämjande faktorer.²⁸ I skollagen

²⁴ Menckel E, Laflamme L, Aldenberg E, Schelp L. *Elevers arbetsmiljö och skaderisker – ett skolledningsperspektiv*. Folkhälsoinstitutet, 1997.

²⁵ Statistiska centralbyrån. *Arbetsorsakade besvär 1998*. Arbetarskyddsstyrelsen och SCB. Stockholm, 1998.

²⁶ *ibid.*

²⁷ *ibid.*

²⁸ *ibid.*

föreskrivs: "Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet."

Skolan har i Sverige en socialt, ekonomiskt och kulturellt utjämnande effekt genom att erbjuda en likvärdig utbildning för alla barn och ungdomar och extra hjälp till elever i behov av särskilt stöd. Statens institut för handikappfrågor i skolan (SIH) har som huvuduppgift att bidra till att skapa förutsättningar för delaktighet på lika villkor i utbildningssammanhang för barn och ungdomar med funktionshinder.

Valfriheten i skolan har ökat under det senaste decenniet, både vad gäller att välja skolor och utbildningsvägar. Frågan är nu om valfriheten inneburit att skolor blivit mer segregerade. Skolverket belyser detta i en studie av 38 skolor i 12 kommuner, som mer än andra berörts av skolbyten.²⁹ Man skiljer där mellan *etnisk, socioekonomisk och prestationsmässig segregation*. De elever som byter skola har delats in efter föräldrarnas utbildningsnivå och födelseland. På samtliga utbildningsnivåer är det vanligast att barn till nordiska föräldrar byter skola och näst vanligast att barn till utomnordiska föräldrar gör det. Utbildningsnivån hos föräldrarna har större betydelse vid byte till fristående skolor jämfört med till andra kommunala skolor.

En generell tendens är att man byter till skolor med en högre betygsnivå, större andel elever med svensk bakgrund och större andel föräldrar med eftergymnasial utbildning. En undersökning från år 1983, som är intressant i det sammanhanget, visar att ju mer klassavdelningen består av elever från högre sociala skikt, desto bättre är genomsnittresultatet för samtliga elever, oavsett socialgruppsstillhörighet.³⁰

Tidigare studier har visat på den sociala *boendesegregationen*, som leder till att skolor i olika områden har mycket olika elevsammansättning, vilket får till följd att resultaten, mätt i betyg och övergång till fortsatta studier, varierar kraftigt.

Under många decennier har man i Sverige genom olika skolreformer strävat mot att minska sociala skillnader i tillgång till utbildning. Fortfarande är det dock i hög grad familjens sociala status som är avgörande för om eleven går vidare till högre utbildning.³¹ Föräldrars utbildning och yrke påverkar barnen på flera olika sätt; deras betyg, val av fortsatta studier och vilken roll betygen spelar för val av utbildning.

²⁹ *Likvärdighet – ett delat ansvar*. Skolverkets rapport nr 110. Stockholm: Skolverket, 1996.

³⁰ Arnman, G. & Jönsson, I. *Segregation och svensk skola. En studie av utbildning, klass och boende*. Lund: Arkiv, 1983.

³¹ Jonsson, J. *Dismantling the Class Society through Educational Reform? The Success and Failure of Swedish School Politics*. Reprint no. 544. Stockholm: Institutet för social forskning, 1999.

Medelmåttiga eller låga betyg var t.ex. inget hinder för planer på högre utbildning hos pojkar från övre medelklassen.³²

I Skolverkets senaste lägesbedömning finns en särskild granskning av elever med utländsk bakgrund som gett illavarslande resultat: "Huvudmän och skolor klarar inte att ge varje elev förutsättningar att utvecklas. Eleverna får inte heller det stöd de har rätt till, i dessa elevers fall främst stöd och studiehandledning i modersmålet. Skolverket bedömer därför att alla elever idag inte har lika tillgång till likvärdig utbildning, vilket är allvarligt."³³ Samtidigt sägs att många elever med utländsk bakgrund får en utbildning av god kvalitet och når goda resultat, vilket visar att det går att åstadkomma förbättringar. Skolor med hög andel elever med utländsk bakgrund som når goda resultat har tydlig ledning och gemensam verksamhetsidé, rätt kompetens både pedagogiskt och kulturellt, föräldrarna är resurs och samarbetspartner och arbetet läggs upp utifrån varje elevs förutsättningar.

Jämställdhet

Jämställdhet ingår i det vidare jämlikhetsbegreppet och gäller jämlikhet mellan könen.

Skolan har bedrivit ett aktivt jämställdhetsarbete alltsedan 1969 års läroplan. Arbetet har dominerats av skolans studie- och yrkesorientering och därmed varit starkt kopplat till arbetsmarknaden. Det har framförallt riktat sig till flickorna för att förmå dem att välja mindre flickdominerade utbildningar. De senaste åren har man dock arbetat för att göra jämställdhet till en pedagogisk fråga, som berör skolans verksamhet på alla nivåer. Gymnasiekommittén uttrycker det som att det inte handlar om att undervisa om utan med jämställdhet.³⁴

Könsskillnaderna i skolan finns både bland lärare och elever. I Lärarförbundets skrift om strategier för en jämställd skola sägs, att andelen manliga lärare i grundskolan fortsätter att minska, från 30 till 27 procent mellan åren 1992 och 1997. I grundskolans lägre årskurser utgör männen bara några procent men bland fritidspedagogerna så mycket som 20 procent. Under samma period har andelen kvinnliga skolledare ökat från 53 till 58 procent. Skolan är alltså fortfarande och tycks bli än mer en kvinndominerad arbetsplats.

³² Hallerdt, B. *Studieresultat och social bakgrund – en översikt över fem års forskning*. Stockholm: Skolverket, 1995.

³³ *ibid*, s. 6.

³⁴ SOU 1997:07. Delbetänkande av Kommittén för gymnasieskolans utveckling. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 1997.

Skillnaderna mellan flickor och pojkar är av många slag. I skriften framgår: "I grundskolan har flickor bättre betyg än pojkar i alla ämnen utom matematik och fysik, där flickor och pojkar hävdar sig lika bra. Idrott är det enda ämne där pojkarna har bättre resultat. Fler pojkar än flickor har problem att nå målen i årskurs 5 och 8. I gymnasieskolan har flickorna högre medelbetyg på i stort sett samtliga sexton nationella program. Fler flickor än pojkar går vidare till högskolan."³⁵ Skolverkets senaste insamlingar av ämnesproven i årskurs 9 visar, att flickor presterar bättre i svenska och engelska medan inga skillnader i resultat finns mellan pojkar och flickor i matematik.

De könsbundna valen till gymnasieprogram består. Flickorna dominerar framförallt på Omvårdnads-, Hantverks- och Barn- och fritidsprogrammen medan pojkarna dominerar på El-, Energi-, Bygg-, Fordons- och Industriprogrammen. Könsfördelningen är mer skev i de pojkdominerade programmen än i de flickdominerade, vilket innebär att det är betydligt fler pojkar än flickor som har få eller helt saknar klasskamrater av motsatt kön. Flickorna som går någon teknisk-industriell yrkesutbildning avbryter oftare än pojkarna sina gymnasiestudier trots högre betyg. De uppger bl.a. som orsak, att de saknar stöd från sina lärare och inte känner sig välkomna.

Det kan också noteras att flickor i högstadiet och under ungdomsåren har sämre hälsa än pojkar i motsvarande ålder. Det gäller självrapporterade symptom liksom psykiatrisk sjuklighet. Orsakerna till detta berörs i kapitel 13.

Elevinflytande

Elevinflytande är ett honnörsord i skolans officiella dokument. Där emot har ett reellt elevinflytande svårt att finna sina former i skolans praktik. I Lpo 94 sägs:

De demokratiska principerna att kunna påverka, ta ansvar och vara delaktig, skall omfatta alla elever. Elevernas kunskapsmässiga och sociala utveckling förutsätter att de tar ett allt större ansvar för det egna arbetet och för skolmiljön samt att de får ett reellt inflytande på utbildningens utformning. Enligt skollagen åligger det alla som arbetar i skolan att verka för demokratiska arbetsformer.

Skolverket har samlat erfarenheterna från projektet *Elevinflytande – arbetssätt och arbetsformer*, *ELEVSAM*, och kompletterat dem med

³⁵ *Lika för lika. Strategier för en jämställd skola*. Stockholm: Lärarförbundet, 1998, s. 27.

intervjuer med elever, lärare och forskare i "en bok om vad elevinflytande är och skulle kunna vara".³⁶

I studien *Skolbarns hälsovanor* upplever eleverna att de har mindre inflytande över sitt skolarbete ju äldre de blir (11 till 15 år).³⁷

I utvärderingen av Folkhälsoinstitutets *Hälsoskoleprojekt* diskuteras elevinflytande ur elevernas perspektiv. Det är inte okontroversiellt. Till de positiva uttalandena om elevinflytande hör att man vill vara lojal med de lärare som är öppna och samarbetsvilliga, att man har erfarenhet av att lärare tagit till sig kritik och förslag och faktiskt ändrat sig samt att man vet med sig att inflytande skulle kunna förbättra undervisningen och resultaten. Men på den negativa sidan finns bl.a. att man får ökade krav på sig, att det är meningslöst att försöka diskutera med vissa lärare samt att öppenhet och kritik kan vara farligt för den kritiska eleven.

Mobbning och annan kränkande behandling

Under 1999 granskade Skolverkets inspektörer på regeringens uppdrag kvaliteten i vissa delar av skolans arbete, som är av stort intresse för folkhälsan.³⁸ Syftet med granskningarna är dels att kontrollera och redovisa skolans resultat och uppfyllelse av de nationella målen, dels att ge stöd till kvalitetsutvecklingen lokalt. Granskningen 1999 gällde skolors arbete mot mobbning och annan kränkande behandling, sex- och samlevnadsundervisningen samt undervisningen om tobak, alkohol och andra droger.

I avsnitten nedan beskrivs kort aktuell kunskap om situationen inom respektive område samt resultatet av skolinspektörernas granskning.

Uppgifter om hur utbredd mobbningen är skiljer sig från undersökning till undersökning beroende på hur frågorna ställs och hur mobbning definieras. I Skolverkets attitydundersökning uppger åtta av tio att de för det mesta möts med respekt av vuxna i skolan. Mobbning upplevs dock vara ett ökande problem. 2 procent känner sig mobbade av skolkamrater och 4 procent av någon lärare.³⁹ Barnombudsmannen frågade 11-åriga elever om de någon gång blivit retade så att de blivit ledsna i skolan. På den frågan svarade 16 procent av flickorna och 24 procent av pojkarna jakande.

³⁶ Skolverket. *Jag vill ha inflytande över allt*. Referensmaterial. Stockholm: Skolverket, 1998.

³⁷ *ibid.*

³⁸ Skolverket. *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverkets rapport nr 180. Stockholm: Skolverket, 2000.

³⁹ Skolverket. *Läget i grundskolan 1999*. Stockholm: Skolverket, 1999.

I Folkhälsoinstitutets *Skolbarns hälsovanor* svarade 1997 2–3 procent av 11-åringarna att de blivit mobbade varje vecka och ytterligare 16 procent (pojkar) och 10 procent (flickor) att det hänt mellan en och några gånger under terminen. Resultaten har inte förändrats sedan år 1993. Jämfört med övriga drygt tjugo europeiska länder, som ingår i undersökningen, är förekomsten av mobbning lägst i Sverige.⁴⁰

Skolverkets granskning omfattade inte bara mobbning utan det vidare begreppet kränkande behandling. Den gemensamma utgångspunkten är skolans värdegrund och kränkande behandling är ett avsteg från denna. Till kränkande behandling räknas psykiska trakasserier, kränkande tillmälen, fysiskt våld, hot om våld, ofredande, etnisk diskriminering, könsdiskriminering, sexuella trakasserier osv. Inspektörerna skriver, att skolans personal har god beredskap att både upptäcka och lösa konflikter bland de yngre barnen men att personalen när eleverna blir äldre tycks ägna allt mindre uppmärksamhet åt gruppprocesser och sociala mål för utbildningen. Man arbetar inte systematiskt med att kartlägga och följa upp fall av kränkningar. De flesta skolor har ett handlingsprogram mot mobbning men det används på olika sätt och är inte alltid ett levande dokument. Man diskuterar ofta mobbning och kränkande behandling ur ett individperspektiv utan att vidga ansvaret till omgivningen och engagera elever och föräldrar i det förebyggande arbetet.

Inspektörerna anser, att de flesta skolor behöver se över sina arbetsplaner och handlingsprogram mot kränkande behandling. Kommunerna bör se till att skolorna kan utöka den socialpsykologiska och -pedagogiska kompetensen. Lärarutbildningarna bör bygga in dessa ämnen i grundutbildningen.

Undervisning om alkohol, narkotika och tobak (ANT)

Hur mycket alkohol, narkotika och tobak som används av elever undersöks årligen i årskurs 9 och vartannat år i årskurs 6.⁴¹ Vanorna har varierat under den långa period undersökningarna gjorts; framförallt var det en allmän nedgång under 1980-talet. Andelen elever i årskurs nio, som aldrig drack alkohol överhuvudtaget, var år 1971 9 procent pojkar och 10 procent flickor. År 1999 var det 24 procent pojkar och 20 procent flickor, alltså en kraftig ökning. Andelen som åtminstone någon gång drack mycket vid samma tillfälle (t.ex. minst 4 burkar

⁴⁰ *ibid.*

⁴¹ Andersson, B. et al. *Skolelevers drogvanor 1999*. Rapport nr 57. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2000.

starköl) var något färre år 1999 än 1971 (57 procent jämfört med 63 procent för pojkar och 50 procent jämfört med 54 procent för flickor). 40 procent av eleverna i årskurs nio svarade år 1999, att de aldrig har varit berusade.

Rökning var betydligt vanligare under början av 1970-talet än det är idag. 30 procent av pojkarna och 36 procent av flickorna i årskurs 9 svarade år 1999 att de rökte. Av dessa var dock bara sju respektive 14 procent dagligrökare. 23 procent pojkar och 3 procent flickor snusade, varav 13 procent respektive 1 procent gjorde det dagligen. Över 80 procent uppgav, att de själva köpte sina cigaretter; åldersgränsen för tobaksinköp tycks inte fungera särskilt väl.

År 1971 hade 14 procent pojkar och 16 procent flickor någon gång använt narkotika. Denna andel var i mitten på 1980-talet nere i 3 procent för att sedan börja öka under 1990-talet. Den var år 1999 uppe i 9 procent pojkar och 7 procent flickor.

Sedan år 1979 frågar CAN också eleverna om de fått någon undervisning om ANT i årskurs nio. Det året svarade 14 procent nej på frågan – ett svar som blivit mer och mer vanligt och 1999 gavs av 36 procent av eleverna. Nästan hälften av eleverna tyckte att de har fått för lite ANT-undervisning och mycket få, sex procent, att de fått för mycket.

Även Skolverkets inspektörer tycker att det är för lite ANT-undervisning. Undervisningen om alkohol, tobak och andra droger uppfyller dock i stor utsträckning målen i skolans nationella styrdokument, eftersom dessa enbart handlar om kunskaper. Det är mer tveksamt om det också gäller undervisningen på gymnasieskolan, som ofta är helt beroende av enskilda engagerade lärares initiativ.

Lärarna anser, att ANT-undervisningens status successivt försämrats under 1990-talet. Metodiskt har det skett förändringar. I slutet av 1970-talet dominerade en fakta- och kunskapsinriktad undervisning. Den ersattes av mer värderingsinriktade metoder i samband med stora nationella fortbildningssatsningar. Utvecklingen stöttades av centrala myndigheter och organisationer och regionala resurspersoner, bl.a. genom utveckling av läromedel. Detta arbete har fortsatt av Folkhälsoinstitutet och Skolverket, men granskningen visade att de nya läromedlen och referensmaterialen är dåligt kända ute på skolorna. Det är ovanligt att träffa lärare, som har ett genomtänkt och reflekterande förhållningssätt till ANT-undervisningen, skriver inspektörerna. Det mesta går på rutin och följer läroboken. Det finns sällan utvärderingsbara mål, man har dålig uppfattning om drogsituationen på skolan och fortbildning saknas.

Inspektörerna vänder sig också mot läroplanens mål för alkoholundervisningen, som enbart gäller kunskap, medan samhället i övrigt

har som mål att uppväxtåren skall vara alkoholfria. De menar att kunskapsmål leder till en fakta- och riskfixerad undervisning och att man istället bör formulera mål på värderings- och beteendenivå. Övriga förslag till förändringar är att eleverna skall engageras mycket mer i undervisningens alla faser, att målstyrningskedjan måste stärkas, att personalen bör få kompetensutveckling och att man bör samverka med föräldrar och närsamhälle. Man vill ta tillvara den kunskap skolsköterskan samlar in via sina hälsosamtal och systematisera den som ett led i planering och utvärdering av hela hälsoarbetet. Inspektörerna förordar att ANT-undervisningen breddas till mer helhetsinriktat hälsoarbete, som omfattar hela skolans verksamhet, i linje med Folkhälsoinstitutets arbete med hälsofrämjande skolor. De anser också, att de metoder som krävs i en sådan undervisning, bör få större plats i lärarutbildningen. Se också Skolverkets referensmaterial om ANT-undervisningen i avsnitt 9.3.4.

Alla granskade grundskolor har infört förbud mot att röka på skolans område, även om det är stora variationer i hur förbudet följs. Där emot har de flesta skolor – särskilt gymnasieskolor – fortfarande någon form av rökrum för personalen.

Undervisning om sex och samlevnad

Undervisningen i sexualitet och samlevnad analyserades av Skolverkets inspektörer utifrån fyra perspektiv – jämställdhetsperspektivet, risk/främjande perspektiv, elev/vuxenperspektiv samt syn på lärande (information eller reflektion). Granskningen rörde även styrning, som formulerandet av mål, rektors ansvar och samordning samt elevernas rätt till likvärdig undervisning.

Resultatet från granskningen visade på en stor variation inte enbart mellan skolor utan också inom varje skola. Alla elever får dock undervisning i sexualitet och samlevnad men inte en "rik och varierad", där de ovan nämna perspektiven är väl tillgodosedda. Undervisningen i en klass kan ha ett främjande synsätt, elevperspektiv m.m. men i en annan klass enbart ett risk- och vuxenperspektiv, endast arbete i helklass och en undervisning mer byggd på information än reflektion. Hos hälften av grundskolorna utgår undervisningen i klasserna 7–9 från biologiämnet i åttan. Tonvikten ligger på kropp och biologi och mindre på identitet och manligt/kvinnligt. Sexualiteten sätts inte in i ett tvärvetenskapligt perspektiv, där samhällseliga, sociala, psykologiska och antropologiska perspektiv belyses. Variationen var också stor i gymnasieskolorna, från skolor som knappast har någon undervisning alls till dem som har obligatoriska kurser för alla.

I och med att rektor utövar för lite styrning blir inte sexualitet och samlevnad det ämnesövergripande kunskapsområde som det enligt läroplanen är avsett att vara. Uppdraget till lärarna blir otydligt och det är ofta oklart vem som har ansvar för denna undervisning.

Utvecklingsbehov på den lokala nivån är att systematisera det som redan görs för att kunna göra en gemensam planering och vidareutveckling. Man vill att jämställdhet skall få en tydligare plats i sex- och samlevnadsundervisningen. Regionalt behövs kurser och konferenser och nationellt behövs mer styrning i läroplanen. Läroplanen ger mycket frirum men skolorna verkar ha svårt att använda sig av detta. De mycket vida skrivningar som finns kring sexualitet och samlevnad – och även andra hälsoområden – kan ses som möjligheter men också som hinder. Möjlighet därför att rektor och lärare lokalt kan utveckla och aktualisera de behov som efterfrågas av barn och elever. Hinder i den bemärkelsen att ämnet blir alltför oklart och diffust. Otydligheten kan leda till att den undervisning som bedrivs blir resultat av tillfälliga massmediala svängningar, som när media skriver om gruppvåldtäkt och pornografi.^{42,43}

Med anledning av resultatet från kvalitetsgranskningarna håller Skolverket på att utarbeta ett skriftligt material till landets rektorer som berör alla tre granskningsområdena.⁴⁴

Skolmat

Livsmedelsverket har ett regeringsuppdrag att ”förbättra förutsättningarna för näringsriktiga och lustfyllda skolmåltider”. Skolmåltiderna skall både ge eleverna bra mat i en trivsamt miljö för att de skall orka med skolarbetet och bidra till att grundlägga goda matvanor. Lika som all annan verksamhet i skolan skall de präglas av skolans mål och har därmed även ett pedagogiskt syfte.⁴⁵

I en forskningsrapport om gymnasieelevers matvanor framkommer följande. De som är trötta i skolan har sämre frukostvanor, äter mer glass och godis på förmiddagarna och äter mer sällan skollunch. Arbetarbarnen äter inte frukost så ofta och uppger att de skulle äta skollunch

⁴² Nilsson A, Sandström B. Stora kvalitetsskillnader i samma skola. Artikel i *HIV-aktuellt*. Nr 1. 2000.

⁴³ ibid. kvalitetsgranskning.

⁴⁴ Skrift till rektor om kvalitetsgranskningen av mobbning, undervisningen om sexualitet och samlevnad samt tobak, alkohol och narkotika. Stockholm: Skolverket. Under publicering.

⁴⁵ Jonsson, M. et al. *Ett lustfyllt lärande om mat. Utvärdering av SAPERE-metoden*. Stockholm: Livsmedelsverket, 2000.

mer sällan om de måste betala för den. 36 kommuner tog ut avgift för gymnasieskolans måltider och 17 kommuner diskuterade att göra det. För ett år sedan varierade terminsavgifterna mellan 1 000 och 300 kronor.⁴⁶

En enkät från Barnombudsmannen (BO), som redovisas i *Läget i grundskolan 1999*⁴⁷ visar, att 18 procent av flickorna och 24 procent av pojkarna kände sig stressade under skollunchen.

Bl.a. många av de skolor som ingår i Folkhälsoinstitutets nätverk av hälsofrämjande skolor lägger ner mycket intresse på skolmåltiderna. De prövar elevmedverkan i val av menyer, att göra lokalerna trivsammare, att ordna frukost på morgnarna och olika former av pedagogiska luncher. De menar att det är viktigt att eleverna har möjlighet att påverka matsedeln. Matkulturen i samhället ändras hela tiden och skolmaten bör anpassas till elevernas smakpreferenser.

Fysisk aktivitet

Mycket kritik har riktats mot nedskärningar i undervisningen om idrott och hälsa. Diskussionen har i hög grad inriktats på själva undervisningstiden och mindre handlat om betydelsen av att inrymma fysisk aktivitet i andra ämnen och skapa sådana miljöer på skolgårdarna, att de inbjuder till lek och rörelse.

I grundskolan omfattar idag den garanterade undervisningstiden för ämnet idrott och hälsa 500 timmar (å 60 minuter). Alla elever i gymnasieskolan skall garanteras en undervisning om 100 poäng (timmar) i ämnet. Därutöver skall alla elever erbjudas ytterligare 50 poäng som valbar kurs.

Ämnet har breda "mål att sträva mot" enligt Skolverket. Eleven skall bl.a. utveckla sin fysiska, psykiska och sociala förmåga, få en positiv självbild, kunskap om vad som främjar hälsa samt stimuleras till ett bestående intresse för regelbunden fysisk aktivitet. "Ett grundläggande syfte med ämnet är också att skapa förutsättningar för alla att delta i olika aktiviteter på sina egna villkor, utveckla gemenskap och samarbetsförmåga samt förståelse och respekt för andra."⁴⁸

⁴⁶ Nordlund, G. & Jacobson, T. *Gymnasieelevernas matvanor: om gymnasieelevers matvanor och attityder till måltider och måltidssituationer i skolan och hemma samt konsekvenser av skolmåltidsavgifter*. Pedagogiska institutionen, Umeå universitet, 1999.

⁴⁷ *ibid.*

⁴⁸ Skolverket. Grundskolan. Kursplaner och betygskriterier. Stockholm: Skolverket och Fritzes, 2000, s. 22.

Uppföljning och utvärdering

Skolverket har som tillsynsmyndighet ända sedan år 1993 riktat kritik mot kommunernas sätt att sköta sitt uppdrag vad gäller egenkontrollen. I rapporten *Läget i Grundskolan 1999* uppmanar Skolverket landets skolor att med kraft ta sig an uppdraget att granska den egna kvaliteten.⁴⁹ Det pågår dock mycket utvecklingsarbete för att förbättra kvaliteten i kommunernas uppföljning och utvärdering av skolans arbete. I årets rapport från Skolverket är tonen mer hoppfull. Regeringen beslöt år 1997 att alla skolor och kommuner skulle redovisa och bedöma sin kvalitet och beskriva insatser som planeras för att komma tillrätta med problemen. År 1999 hade bara 16 kommuner gjort en sådan redovisning, år 2000 är det 152 – även om bara hälften av dem uppfyller de krav som finns i förordningen.⁵⁰

I Elevvårdsutredningen framförs kritik mot elevvårdens brist på uppföljning och utvärdering av sitt eget arbete.⁵¹ Där sägs att de kommunala huvudmännen har bristfällig överblick över kostnader och resultat av elevvårdsinsatserna. Eftersom elevvårdens kunskap om eleverna sällan dokumenteras på ett systematiskt sätt används de inte heller som underlag för uppföljning, utvärdering och utvecklingsarbete.

9.3 Pågående utvecklingsarbete

Avsnittet beskriver den utveckling som pågår och som har bäring på såväl lärande som hälsa. Det lyfter fram sådant, som syftar till att utveckla stödjande strukturer och miljöer och en hälsofrämjande pedagogik.

9.3.1 En förnyad lärarutbildning

Regeringen överlämnade i maj 2000 en proposition om en förnyad lärarutbildning.⁵² Den nya lärarutbildningen ersätter åtta av dagens elva examina och kan omfatta lägst 120 och högst 220 poäng. Utbildningen skall bestå av tre områden; ett första gemensamt om 60 poäng med inslag bl.a. av barns och ungdomars utveckling och specialpedagogik,

⁴⁹ ibid.

⁵⁰ ibid.

⁵¹ SOU 2000:19 *Från dubbla spår till Elevhälsa - i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Slutbetänkande av Elevvårdsutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet. 2000.

⁵² Regeringens proposition 1999/2000:135. En förnyad lärarutbildning.

ett om 40 poäng med ämnesinriktning samt ett tredje om minst 20 poäng som specialisering. En betoning på pedagogik och jämställdhet skall finnas under hela utbildningen och man skall göra extra ansträngningar för att rekrytera fler män till läraryrket.

Det görs en stor satsning på skolforskning, kallad utbildningsvetenskap, som under tre år får 150 miljoner kronor om året. Man vill stärka kopplingen mellan forskning och utbildning och med hjälp av forskarskolor på sikt få fler disputerade lärare i skolan.

Propositionen innehåller även förslag om bättre fortbildningsmöjligheter för redan verksamma lärare.

9.3.2 Elevvårdsutredningen

Elevvårdsutredningens slutbetänkande ger en mycket bred beskrivning av skolan, som är särskilt intressant ur ett folkhälsoperspektiv. Under rubriken "Mina utgångspunkter" formuleras skolans roll i förhållande till en definition av hälsa, som bygger på moderna folkhälsoteorier.

"Skolans främsta uppgift är att främja lärande. — — Men skolan skall också präglas av omsorg om individen, omtanke och generositet. Skolan skall enligt läroplanen sträva efter att vara en levande social gemenskap som ger trygghet och vilja och lust att lära. Skolan bidrar i bästa fall till att elevernas självkänsla stärks, att de växer och gör framsteg. — —"

I utredningen har jag valt att använda det hälsobegrepp som betonar individens behov av att erfara sammanhang, vilket innefattar tre komponenter; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Hälsan påverkas av individens förståelse för, delaktighet i och möjlighet att påverka de villkor under vilka hon lever. Ett hälsofrämjande arbete med den målsättningen går hand i hand med skolans uppdrag att främja lärande. Syftet med skolan är att eleverna skall inhämta kunskaper och erfarenheter som gör att de kan förstå sin omvärld och ha likvärdiga möjligheter att påverka sina livsvillkor."⁵³

Elevvårdens och skolhälsovårdens personal har alltid varit engagerade i elevernas hälsa på många olika plan. I den mån de deltagit i undervisningen har det framförallt handlat om hälsorelaterade ämnen. Elevvårdsutredningen vill nu bredda deras engagemang till att gälla lärande i vidare bemärkelse och ett ökat samarbete med andra personalkategorier.

Utredningen har försökt kartlägga elevvården och konstaterar, att det är en verksamhet med starkt varierande organisatoriska förutsättningar och innehåll. Eftersom det finns stora brister i centralt insamlat statistiskt material anser man sig inte ha kunnat göra tillförlitliga bedömningar av tillgången till elevvård i olika delar av landet och på

⁵³ ibid, s. 45.

olika skolor. Ett skäl är att begreppet elevvård inte är tillräckligt definierat. Dels avser det de elevvårdande yrkeskategorierna skolsköterska, skolläkare, skolpsykolog, skolkurator och ofta även specialpedagog och studie- och yrkesvägledare, dels avser det allt arbete som all skolpersonal gör till stöd för elever i skolan. En annan svårighet är att elevvården är en decentraliserad verksamhet och att kommunerna har utformat olika organisatoriska lösningar. Den statistik som samlas in centralt gäller framför allt lönekostnader och antal årsarbetare.

Utredningen redovisar Skolverkets särredovisningar av skolläkare och skolsköterskor från år 1994, men framhåller, att även dessa mått har kritiserats. Enligt dem hade hälften av kommunerna mindre än 770 elever per skolsköterska i grundskolan och mindre än 870 elever i gymnasiet. Motsvarande elevunderlag var för skolläkare 10 000 i grundskolan och 11 400 i gymnasieskolan. Riksföreningen för skolsköterskor rekommenderar 400 elever och Skolläkarföreningen 4 000 elever för sin respektive verksamhet. Socialstyrelsen, som 1997 övertog ansvaret för tillsynen av skolhälsovården, förordar att elevunderlaget relateras till program för skolhälsovårdens arbetsuppgifter, ansvarsområden och kvalitetssystem och anger därmed ingen norm för de personella resurserna.

I utredningen föreslås att de verksamheter som tidigare kallades elevvård och skolhälsovård i skolan bör benämnas Elevhälsa. Inom den skall det finnas högskoleutbildade grupper med social, psykologisk, medicinsk, omvårdnads, specialpedagogisk och studie- och yrkesvägledande kompetens. Man trycker hårt på att elevhälsan skall vara tillgänglig, inte bara för elever och skolpersonal utan även för föräldrar (i frågor som rör deras barns skolgång). Elevhälsans personalgrupper skall delta i skolans arbete för att skapa miljöer som främjar lärande, god allmän utveckling och en god hälsa hos varje elev. Utredningen föreslår att det skall framgå av skollagen vilka kompetenser som skall finnas.

Rektor är idag ordförande i Elevvårdskonferensen. Utredningen föreslår att denna skall byta namn till Beslutskonferens rörande enskild elevs skolgång och att rektor skall ha möjlighet att delegera såväl ordförandeskapet som beslutsfattandet. Mot det senare har sakkunnig från Skolverket avgivit särskilt yttrande.

9.3.3 Svenska Kommunförbundets arbete med hälsa

Svenska Kommunförbundet bedrev åren 1997–2000 skolutvecklingsprojekt tillsammans med lärarfacken kallat *En satsning till 2000*. En stor del av verksamheten kan betecknas som hälsofrämjande även om det inte gick under den benämningen. Albatrossprojektet t.ex. involverade 24 skolor i skolutveckling kring arbetsorganisation och ett stort antal skolledare deltog i s.k. skolledarsamtal.

I ett unikt samarbete har Kommunförbundet i år tillsammans med Lärarförbundet, Lärarnas Riksförbund, Skolledarna, Utbildningsdepartementet och Skolverket inbjudit alla kommuner i landet att delta i ett femårigt skolutvecklingsprojekt kallat *Attraktiv SKOLA*.

Samverkan pågår också med Skolverket och Landstingsförbundet kring barn i behov av särskilt stöd.

9.3.4 Skolverkets arbete med hälsa

Sedan år 1993 har det inom Skolverket funnits ett samordningsprojekt inom kunskapsområdet Hälsa. Det avslutades under våren 2000 och ryms nu under ett nytt arbetsområde – Lärande, Värdegrund och Hälsa. I ett utkast⁵⁴ diskuterar den konsult, som utarbetat flera av Skolverkets material inom området, utvecklingen av Skolverkets arbete och strategier vad gäller området hälsa.

Skolverket fick i uppgift av regeringen att göra referensmaterial, som belyste olika aspekter av hälsofrågor, som skolpersonal kunde bygga vidare på och ge en utformning som passade elevernas behov i just deras skola. Uppgiften har framförallt varit att utveckla ett tänkande kring hälsofrågor. De referensmaterial som tagits fram gäller områden, som fanns med i 1999 års kvalitetsgranskning. *Kärlek känns, förstår du* togs fram år 1995 i anslutning till nya partnerskapslagen. Den lyfter bl.a. fram ungdomssexualiteten på ett sätt man inte vågat göra i en tidigare handledning. *Kränk mig inte* från år 1995 är ett material om mobbning, som både handlar om att förebygga mobbning och att främja goda sociala samspel i skolan. *Är Pippi Långstrump en hälsoupplysare eller hälsorisk?* är en antologi från 1996, som problematiserar tänkandet kring hälsofrågor. *”Man vet inte var trappstegen är i livet.” ...Perspektiv på tobak, alkohol och narkotika* utkom år 1999

⁵⁴ Nilsson, A. *Om Skolverkets strategi för hälsoarbete i skolan. En utveckling mellan åren 1993–2000*. PM. Under publicering.

och bygger bl.a. på intervjuer med rektorer, forskare och praktiker samt ungdomar.

Vissa perspektiv på hälsoarbetet i skolan återkommer i referensmaterialen. Det är *främjandeperspektivet*, som i skolan innebär att ett gott skolklimat kan vara mer hälsofrämjande och framgångsrikt än traditionell hälsoundervisning. Det handlar om att bygga inte bara *stödjande miljöer* utan även *stödjande relationer*. *Barn- och ungdomsperspektivet* innebär att man utgår från vad som är viktigt för eleverna att få tala om – inte viktigt för de vuxna att få informera om. *Lärande och hälsa* är intimt förknippade. Man har ofta talat om vikten av att de vuxna är goda förebilder – t.ex. inte röker men minst lika viktigt är att vara förebild genom att lyssna, ingjuta mod och tillit och locka fram elevernas talanger. De elever som misslyckas i skolan dricker mer alkohol, röker mer, äter mer skräpmat och är oftare kriminella. Vad är orsak och verkan? Eftersom skolans etikettering av eleverna som misslyckade eller lyckade föregår de ohälsosamma beteendena i tiden kan skolan vara en del av orsaken. Skolan skulle ha kunnat uppmärksamma och bidra till åtgärder av problemen på ett tidigt stadium. *Synen på lärande* är att det behövs reflektion istället för information och att det är viktigt att utveckla dialogen och finna samtalsvägar. *Genderperspektivet* är uttalat i Skolverkets arbete med hälsofrågorna.

Skolverket har tagit fram en långsiktig, strategisk planering för sitt arbete med grundläggande demokratiska värden med hänsyn tagen till sitt arbete med barns och ungdomars hälsa. I den redovisas, hur Skolverket skall arbeta med att stödja och stimulera, bedöma och värdera de lokala verksamheternas arbete med de demokratiska värdena. Skolverket avser bl.a. att vidareutveckla sina utvärderings- och tillsynsinstrument för att bättre kunna fånga in värdegrundsarbetet lokalt.

Skolverket betonar förskolors och skolors uppdrag att utveckla barns och ungas demokratiska kompetens. De vill särskilt lyfta fram sambandet mellan lärande, demokratisk kompetens och hälsa. De olika delarna samspelar med och påverkas till stor del av samma generella faktorer. Att bli sedd, att uttrycka sig och förstå sammanhang gynnar både lärande, demokratisk kompetens och hälsa.

9.3.5 Folkhälsoinstitutets arbete i skolan

Hälsofrämjande skolor

I början av 1990-talet enades EU, Europarådet och WHO om ett stort skolhälsoprojekt, *The European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS). Varje deltagande land skulle skapa ett nätverk av ett tiotal vanliga skolor och ge dem i uppgift att var och en utifrån sina förutsättningar arbeta för att göra sin skola mer hälsofrämjande. Projektet skulle vara godkänt av respektive lands högsta utbildnings- och hälsoinstans. År 2000 är nästan samtliga länder/regioner i Europa anslutna till projektet.

I Sverige fick Folkhälsoinstitutet i uppdrag av Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet att driva projektet under åren 1994–1996 i samråd med Skolverket och Kommunförbundet. Skolverket bekostade den utvärdering, som gjordes vid Institutionen för pedagogik i Göteborg, som hela tiden följde projektets utveckling. Den sammanfattande slutrapporten heter *Hälsosamt i grundskolan*.⁵⁵

Samtidigt som det nationella projektet pågick växte det även fram regionala nätverk, de största utgående från landstingen i Västernorrland och Kristianstad. Flera av dessa nätverk har hämtat sin inspiration från Kanada, där man länge arbetat med hälsofrämjande skolor.

Vad är då en hälsofrämjande skola? I det europeiska projektet talades det från början mycket lite om bakomliggande teorier. De länder som anslöt sig till projektet fick 12 ”punkter”, som pilotskolorna skulle arbeta efter, t.ex. att öka självkänslan hos eleverna och att utveckla hälsoundervisningen. För övrigt var det upp till varje enskilt land eller skola att tolka inriktningen.

När Folkhälsoinstitutet beslöt sig för att sprida idén med hälsofrämjande skolor till hela landet började därför arbetet med att ta fram ett policydokument. I det fastslås att den teoretiska plattformen för arbetet med hälsofrämjande skolor i Sverige är salutogen.⁵⁶ Den bygger på Aaron Antonovskys begrepp Känsla av sammanhang.⁵⁷ Antonovsky själv säger dock föga om skolan. I utvärderingsrapporterna och i policyn diskuteras därför vad hans teori innebär överförd till skolan. Att göra skolan meningsfull, hanterbar och begriplig för eleverna stämmer väl med såväl skolans som folkhälsoarbetets mål. Det handlar

⁵⁵ Lander R.. *Hälsosamt i grundskolan. Sammanfattande utvärdering av Hälsoskoleprojektet 1994–1996*. Folkhälsoinstitutet utvärderar 11/1998. Stockholm, 1998.

⁵⁶ *Hälsofrämjande skola. Ett samlat grepp för visionen om skolan som en stödjande miljö för hälsa*. Folkhälsoinstitutet 1997:39, Stockholm, 1997.

⁵⁷ Antonovsky, A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur, 1991.

om att stärka och bygga på det som är bra och friskt och att utveckla bl.a. elevdemokratien.

Arbetet med en hälsofrämjande skola bygger på tanken att allt som sker i skolan påverkar elevernas och personalens hälsa. I samråd mellan all skolpersonal, elever och föräldrar skall skolan därför sträva mot att t.ex.

- förbättra skolans arbetsmiljö
- stärka elevdemokratien
- utveckla hälsoundervisningen
- utveckla den sociala kompetensen
- se skolmaten som en del av skolans pedagogiska och hälsofrämjande verksamhet
- stimulera kontakt och samarbete med närsamhället
- främja personalens hälsa
- finna former för fysisk aktivitet som passar var och en
- se skolgården som en viktig del av den hälsofrämjande miljön

Det finns många skäl att välja den hälsofrämjande inriktningen för skolans hälsoarbete. Det första är den traditionella, faktaförmedlande hälsoundervisningens tillkortakommanden. Det andra är att hur bra själva hälsoundervisningen än skulle kunna bli utgör den bara en ytterst liten del av skolans vardag och engagerar alltför få av de vuxna på skolan. Det tredje skälet är den forskning, som visar starka samband mellan olika skol- och hälsovariabler. En färsk doktorsavhandling, som bygger på norska och finska data från den europeiska undersökningen Skolbarns hälsovanor ger nya förklaringar till och belägg för sådana samband.⁵⁸ Det fjärde – och kanske allra viktigaste – skälet är att hälsofrämjande skolor har en mycket god potential att hjälpa skolan att uppnå sina mål om såväl värdegrund som lärande och hälsa.

Enligt policyn har Folkhälsoinstitutet en i huvudsak stödjande och samordnande funktion för utvecklingen av hälsofrämjande skolor.

I januari 1998 inbjöd institutet alla landets skolor, såväl på grund- som gymnasienivå, att vara med i ett nätverk för kunskaps- och erfarenhetsutbyte kring hälsofrämjande arbete i skolan. Till detta nätverk har i oktober 2000 mer än 700 skolor anmält sig. Folkhälsoinstitutet har också ett nätverk av regionala resurspersoner som arbetar med utveckling av hälsofrämjande skolor inom ramen för sin ordinarie tjänst inom kommun eller landsting. På några håll har de regionala resurspersonerna hittat en samarbetspartner i Kommunförbundets länsavdelningar.

⁵⁸ Samdal O. *The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviors and subjective well-being*. University of Bergen, Faculty of Psychology, Research Centre for Health Promotion, 1998.

Metodutveckling sker hela tiden på enskilda skolor men Folkhälsoinstitutet driver också en forskningsgrundad metodutveckling kring vissa teman, som skolorna i nätverket inbjuds att delta i.

Livskunskap

Många skolor utvecklar idag nya verktyg för att möta elevernas sociala och emotionella behov. Det gäller särskilt de elever som lever i socialt och ekonomiskt utsatta miljöer och i många fall är det personal inom elev- och skolhälsovården på gymnasiernas yrkesprogram som har initierat det. "Livskunskap" får här stå som samlingsbegrepp för de skiftande aktiviteter på skolorna som utformas som ett tema, ämne eller program, genom vilket man skapar ett särskilt utrymme i undervisningen för reflektion och samtal om för eleven angelägna livsfrågor på grund av sin särskilda insikt om dessa elevers psykiska problem och behov.

"Livskunskap" som undervisningstema och metod har under de senaste åren utvecklats ungefär samtidigt på många olika håll i västvärlden.⁵⁹ Den internationella preventionsforskningen inom detta område – som i USA initierat många verksamheter av detta slag – har också utvecklats framgångsrikt under 1990-talet.⁶⁰

I USA där stora barn- och ungdomsgrupper har hårda livsvillkor och tunga problem, har ett flertal forskare utvecklat strukturerade undervisningsprogram baserade på kognitiv teori som stärker elevernas förmåga till samspel och deras emotionella kapacitet. Här lägger man tonvikten vid förmågan att förstå egna och andras känslor och att lösa konflikter. Att ge eleven redskap att förstå, uttrycka och hantera sina känslor är centralt i dessa program.⁶¹

Betydelsefullt är att stärka elevens förmåga att styra sitt liv på ett konstruktivt sätt. Programmen har visat sig vara framgångsrika i en rad avseenden, inte minst när det gäller de utsatta elevernas studieförmåga. De är olika till sitt innehåll och sin utformning men har grundläggande drag gemensamt som gör att de samlas under det övergripande namnet "Social and Emotional Learning" (SEL).⁶²

⁵⁹ *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Geneva, World Health Organisation, 1994.

⁶⁰ Durlak, J. *Successful Prevention Programs for Children and Adolescents*. Plenum, New York, 1997.

⁶¹ Goleman, D. *Känslans intelligens*. Stockholm: Wahlström och Widstrand, 1997.

⁶² Kimber, B. *EQ – en livsnödvändig kompetens: en introduktion till arbetet med EQ i skolan*. Solna: Eklunds förlag, 1999.

Gilbert J. Botvin, professor i Public Health vid Cornells University, har i en rad kontrollerade studier visat på möjligheten att med liknande program som benämns "Life Skills Training" (LST) uppnå preventiva effekter när det gäller olika risk- och problembeteenden hos ungdomar. Det gäller i synnerhet rökning, alkohol- och narkotikamissbruk.⁶³

I Sverige har arbetet med "livskunskap" sina rötter i undervisningen kring sexualitet och samlevnad. När denna undervisning fungerar som bäst utgår den från elevernas egna frågor och skapar möten och dialog. Man tar fasta på det som är centralt i själva adolescensutvecklingen, dvs. utvecklingen av identiteten, sexualiteten och de närmaste relationerna. I "livskunskapen" breddar man sex- och samlevnadsundervisningen och sätter in dessa frågor i ett vidare sammanhang av mänskliga relationer och av andra angelägna livsfrågor.

Arbetet med "livskunskap" skiftar mellan skolorna när det gäller mål, innehåll, omfång, och uppläggning. Trots det kan man tala om en likartad intention att utveckla samtal och kommunikation kring frågor som är brännande och angelägna för eleverna. Gemensamt är också att man i hög grad utgår från elevernas egen verklighet och att man använder sig av rollspel och olika drama- och värderingsövningar som metod. "Livskunskap" är en del av skolans arbete med att förbereda barnen för vuxenlivet och ligger som sådant helt i linje med skolans strävansmål.

Skolmaterial

Folkhälsoinstitutet har förutom satsningarna på hälsofrämjande skolor och livskunskap under 1990-talet låtit producera och utpröva en rad förebyggande och främjande material för skolans undervisning och arbete kring alkohol, narkotika, tobak, sex och samlevnad, allergi, skolmat, fysisk aktivitet och skador. I många av dem utvecklas pedagogiska metoder som bygger på elevinflytande (t.ex. problembaserat lärande, forumspel, samtal, värderingsövningar).

9.3.6 Arbetarskyddsstyrelsen

Kraven på arbetsmiljön i skolan formuleras i arbetsmiljölagen (AML). Elevskyddsombuden skall föra elevernas talan när det gäller arbetsmiljöfrågorna. De skall finnas från årskurs 7 i grundskolan och uppåt. Rektor skall se till att skolan har en god arbetsmiljö, som lever upp till kraven i arbetsmiljölagen. Det är också rektors skyldighet att ha rutiner

⁶³ www.lifeskillstraining.com

för att tidigt kunna fånga upp signaler om problem och åtgärda eventuella missförhållanden som kan orsaka kränkande behandling.

9.3.7 Ungdomsstyrelsen

Ungdomsstyrelsen har mål för såväl skola som hälsa. Riksdagen har beslutat om inriktningsmålen för den nationella ungdomspolitiken (sammanfattas i begreppen självständighet, inflytande och resurs) och regeringen har fattat beslut om 41 delmål varav flera gäller såväl skolan som folkhälsan.⁶⁴

Under rubriken *Frihet från beroende* finns delmål 1: "Ungdomar skall inte börja röka", delmål 18: "Ungdomars konsumtion av alkohol skall minska och alkoholdebuten skall skjutas upp", och delmål 19: "Andelen ungdomar som prövar narkotika skall minska. Det långsiktiga målet är att inga ungdomar skall använda narkotika".

Under rubriken *Skolan* återfinns delmål 21: "Fler elever skall känna att de har såväl formellt som reellt inflytande i skolan", delmål 22: "Elevernas formella inflytande på den lokala skolan skall öka och elevråds- och elevkårsarbete skall uppmuntras" och delmål 23: "Skolan bör främja ungas engagemang och deltagande i samhällsfrågor, genom att vara en arena där lokala samhällsfrågor diskuteras och ungas synpunkter inhämtas".

Såväl drogkonsumtion som elevers delaktighet är viktiga områden för skolor att arbeta med såväl i hälsofrämjande som förebyggande syfte. Arbetet kring dessa mål pågår i samarbete med bl.a. Skolverket och Folkhälsoinstitutet.

9.3.8 Arbetslivsinstitutet

Arbetslivsinstitutet genomför nu ett program om arbetslivet i skolan – SKOLliv. Programmet har tre delar: ett forskningsprogram, som är upplagt som en forskarskola för doktorander; en utvecklings- och utbildningsdel som bedrivs i nära samarbete med praktiker, lärarhögskolor och rektorsutbildning, samt webbplatsen SKOLliv, där information om forskning presenteras på ett lättamt sätt. Målet är att öka kontakten och utbytet mellan forskare och praktiker samt att stimulera mångvetenskaplig forskning om skolans arbetsliv. Forskningen fokuse-

⁶⁴ Regeringskansliet. *Med fokus på ungdomars villkor i Sverige – om regeringens arbete med ungdomsfrågor*. Stockholm: Kulturdepartementet, 2000.

rar framförallt på den psykosociala miljön såsom stress, våld, organisationsutveckling etc.

9.3.9 Barnombudsmannen (BO)

Barnombudsmannen har i uppgift att bevaka frågor som angår barns och ungdomars rättigheter och intressen. Det innebär att verksamheten kan rikta sig till de arenor som rör barn och unga, framförallt skolan och barnomsorgen. BO har det samordnande ansvaret för barnsäkerhetsfrågorna, vilket dock är på förslag att Folkhälsoinstitutet skall överta.⁶⁵

9.3.10 Jämställdhetsombudsmannen (JÄMO)

Jämställdhetsombudsmannens uppgift är att utöva tillsyn över att jämställdhetslagen efterlevs och främja jämställdhet i arbetslivet. I skolan berörs endast personalen av jämställdhetslagen. JÄMO har dock vissa verksamhetsmål inom områdena information och aktiva åtgärder och har nyligen gett ut en handbok för skolbruk om könsmobbing. I den citeras 6 § andra stycket jämställdhetslagen: "Med sexuella trakasserier avses sådant ovälkommet uppträdande grundat på kön eller ovälkommet uppträdande av sexuell natur som kränker arbetstagarens integritet i arbetet."⁶⁶ JÄMO menar, att denna definition även stämmer in på eleverna i skolan. Trakasserier kan ta sig en rad olika former alltifrån att använda könsord som kränkande tillmälen till att ge negativa omdömen om otraditionella studie- och yrkesval.

9.3.11 Andra myndigheters/nationella organs hälsoarbete riktat till skolan

Folkhälsoinstitutet samordnar en grupp för erfarenhetsutbyte mellan alla nationella organ, som har "hälsoverksamhet" riktad till skolan (ERFA-gruppen). Denna grupp har funnits i snart ett decennium och är ett fungerande forum för samordning och information. Dess sammansättning ger en mycket kortfattad bild av vilka som har skolan som

⁶⁵ SOU 1999:65 *Barnombudsmannen – företrädare för barn och ungdomar*. Stockholm: Socialdepartementet

⁶⁶ *JämOs handbok mot könsmobbing i skolan*. Stockholm: Jämställdhetsombudsmannen, 2000, s. 37

sin/en av sina arenor: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöforum, Arbetarskyddsstyrelsen, Barnombudsmannen, Byggforskningsrådet, Elevorganisationen, Karolinska Sjukhuset, Konsumentverket, Livsmedelsverket, Lärarförbundet, Lärarnas Riksförbund, RALF, Riksförbundet Hem och Skola, SKAF, Skolverket, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Svenska Skolledarförbundet, Vägverket och Yrkesinspektionen.

9.4 Bedömning

Mot bakgrund av ovanstående konstateras, att utbildning är av stor betydelse för folkhälsan och att skolan är en synnerligen viktig arena för folkhälsoarbete. Den är landets största arbetsplats och eleverna är i en ålder, då såväl attityder och värderingar som beteenden formas. Lärande och hälsa går hand i hand – den som inte lär sig bra mår inte heller bra – och vice versa.

De nationella riktlinjer och mål, som finns för skolans arbete, ligger väl i linje med folkhälsoarbetets. Inte minst gäller det skolans värdegrund och uppdrag/uppgifter. Oroande är dock, att det finns stora brister i skolans måluppfyllelse vad gäller lärande såväl som hälsa och att skolans praktik i många avseenden inte stämmer med de nationella styrdokumentens intentioner.

9.4.1 Oroande brister

Målen för hälsoundervisningen i läroplanerna ligger enbart under rubriken *Kunskap*, vilket ger dåliga förutsättningar för en undervisning som syftar till att utveckla hälsofrämjande attityder och levnadsvanor. Denna brist har uppmärksamats även från skolhåll i och med skolministerns uppdrag till Skolverket att granska skolors arbete mot mobbning och annan kränkande behandling samt undervisning om sex och samlevnad och alkohol, narkotika och tobak. De brister skolinspektörerna påvisar inom alla dessa områden är oroande. De kunskaper som finns om att undervisning om enstaka hälsofrågor inte är effektiv och ibland kan vara kontraindicerad, tycks inte vara allmänt känd. Det är därför viktigt att aktuella referensmaterial inom området, som tagits fram av framför allt Skolverket men också av Folkhälsoinstitutet och t.ex. JÄMO, blir spridda.

Att svenska elevers såväl kunskaper som hälsa och hälsovanor är goda i ett internationellt perspektiv, kan inte anses vara tillräckligt. Alltför många når inte upp till kunskapsmålen för den svenska skolan. Även om få elever röker i Sverige jämfört med många andra länder

skadar varje elev som röker sin hälsa. Att grundskoleeleverna trivs sämre i skolan, tycker att de får mindre inflytande och skolkar mer ju äldre de blir kan inte bortförklaras av tonårsutveckling. De som inte trivs i skolan mår också dåligt psykiskt. Att många lärare och elever upplever skolmiljön som stressande och rentav hotfull kan inte accepteras. Att skolsegregationen tycks öka, att många elever med utländsk bakgrund inte får den utbildning de har rätt till och att många könskillnader tycks bestå strider kraftigt mot skolans mål om en likvärdig skola för alla.

Uppföljning, kvalitetsutveckling och utvärdering är svåra och efter-satta områden såväl för skolan som för folkhälsoarbetet. Behov finns av ökad kunskap om förskolors och skolors arbete med barn och ungas hälsa och värdegrund. Arbetet bör på olika sätt intensifieras både på nationell, kommunal och verksamhetsnivå.

9.4.2 Utveckling pågår

Samtidigt konstateras, att det pågår mycket lovande utvecklingsarbete och försöksverksamhet både hos skolans huvudaktörer och en rad andra myndigheter.

Skolverkets uppdrag att redovisa en strategi för arbetet med de demokratiska värdena blir viktigt för hälsoarbetets fortsatta inriktning i skolan. Det har stor betydelse för hälsan att själv kunna påverka sin situation och värdegrundsarbetets inriktning mot demokrati är därför av stort värde. Att ta vara på och utveckla skolans potential för att skapa och stärka sociala nätverk är också ett viktigt utvecklingsarbete.

Grundinställningen bör vara att skolans arbete med folkhälsofrågor inriktas på att skapa stödande strukturer och miljöer. Såväl den fysiska miljön som allt som händer i skolan motverkar eller främjar elevers lärande och hälsa. Därför är utvecklingsarbete, som bygger på en sådan helhetssyn, mest lovande. Det finner vi framför allt i kopplingen till skolans styrdokument och värdegrundsarbete, skolans sociala nätverk, i utvecklingen av ett helhetstänkande på hälsa som t.ex. i arbetet med hälsofrämjande skolor samt i en bred hälsoundervisning, baserad på (social)pedagogisk metodforskning.

9.4.3 Samordning behövs

Det finns också tydliga behov av samordning. Såväl Skolverket som Ungdomsstyrelsen, Barnombudsmannen och Folkhälsoinstitutet, myndigheter under tre olika departement, har regeringsuppdrag att arbeta

med hälsorelaterade frågor inom skolan och det är viktigt att de får tydliga samordningsdirektiv.

Landstingens samhällsmedicinska enheter samverkar sällan med de länsvisa kommunförbunden i skolfrågor. Det skulle vara angeläget att sådan samverkan kom till stånd. Möjligheterna för de hälsoplanerare som arbetar lokalt med hälsofrågor att hitta kanaler till skolans värld varierar mycket och de behöver få stöd av goda exempel på samarbete mellan folkhälsoarbetare, skola och kommunala skolpolitiker.

På alla nivåer inom skolan konkurrerar de olika hälsofrågorna med varandra om uppmärksamhet. Enstaka frågor lyfts fram och nya kommer till; ätstörningar och självmordsprevention är exempel på sådana. Skolan orkar ofta på sin höjd engagera sig i en eller två av dem och känner sig otillräcklig eller slår hela hälsoarbetet ifrån sig. Det viktigaste budskapet till skolan bör därför vara att helhetssynen på hälsofrämjande arbete ligger helt i linje med de uppgifter skolan redan har i sina egna styrdokument, framförallt i värdegrundsarbetet.

9.4.4 Utbildning

Kunskap om hälsofrämjande arbete är ännu så länge till största delen förbehållen folkhälsosektorn. Inom skolan finns den framförallt på nationell nivå och inom elevvården. Eftersom det är skolans egna aktörer som skall driva den hälsofrämjande utvecklingen på skolorna måste kunskapen ges en bred spridning. Man måste dock vara medveten om att det i själva verket bedrivs mycket hälsofrämjande utvecklingsarbete på skolan, som inte alls betecknas som sådant.

En ny lärarutbildning skall träda i kraft sommaren 2001 och innan dess bör konkreta diskussioner föras om hur det hälsofrämjande arbetet skall kunna beredas plats i den. De som inte lärt sig ett hälsofrämjande arbetssätt i sin grundutbildning bör ges möjligheter till fortbildning. Detta är särskilt viktigt för skolledare, som har ett "särskilt ansvar" för bl.a. elevinflytande, sex och samlevnad och ANT. Lärarutbildningar, högskolor och pedagogiska utvecklingscentra bör ha ett utbud av kurser i hälsofrämjande skolarbete, som ger akademiska poäng eller andra meriter.

Kommunpolitiker är också en viktig grupp att nå med information om hälsofrämjande arbete i skolan. Ett forum kan vara den Kommunala skolriksdagen, som anordnas vartannat år för skolledare och skolpolitiker.

Inom landstingen finns det ett stort intresse för hälsofrämjande skolor, även om det hälsofrämjande arbetet där ofta måste konkurrera med specifika riskfrågor. De som ingår i Folkhälsoinstitutets nätverk av

regionala resurspersoner finns alla på landstingen. Om Folkhälsoinstitutet får ändrade roller på det sätt som framförs i SOU 2000:57 är det angeläget att skolnätverken kan förstärka att verka och att ansvarsfrågorna kring detta klargörs.⁶⁷

Skollagskommittén bör se över hur främjandet av hälsa kan regleras i skollagen.

9.4.5 Forskning

På uppdrag av Folkhälsoinstitutet görs för närvarande en forskningsgenomgång av samband mellan elevers hälsa och studieframgång/inläring. Litteratursökningen har visat att det finns ett mycket stort behov av forskning kring lärande och hälsa. Detta bör utvecklas i samarbete mellan pedagogisk och folkhälsovetenskaplig forskning.⁶⁸

En del av de pengar till utbildningsforskning, som kommer med nya lärarutbildningen, bör användas till att få in en hälsodimension i den pedagogiska forskningen samt initiera vetenskapligt upplagda och utvärderade modellförsök kring det breda hälsofrämjande arbetet och kring hälsoundervisningen, t.ex. den utveckling som pågår inom området Livskunskap. Ytterligare studier behövs om vad ett hälsofrämjande arbete på skolan får för effekter.

9.5 Vuxenutbildning

Vuxenutbildningen har en speciell funktion för att minska skillnaderna i utbildning. Det finns stora grupper vuxna som har kort utbildning, vilket påverkar deras villkor och hälsa, både i arbetslivet och i andra hänseenden.

Utbildning är en uppenbar hälsofråga för enskilda individer i den bemärkelsen att man med längre utbildning kan få ett arbete med lägre hälsorisker. Det är dock en orimlig tanke att längre utbildning för alla skulle innebära att ingen skulle behöva utföra de arbetsuppgifter som har de största hälsoriskerna. Sett från folkhälsosynpunkt är det därför

⁶⁷ SOU 2000:57. *Statens folkhälsoinstitut – roll och uppgifter*. Betänkande av Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet. Stockholm: Socialdepartementet, 2000.

⁶⁸ Nilsson, L. *Hälsa och lärande? Kunskapssammanställning avseende samband mellan elevers hälsa och studieframgång/inläring*. Folkhälsoinstitutet och Landstinget i Dalarna. I manus.

förbättringar i arbetsmiljön snarare än utbildning som kan utjämna den ojämlikhet i hälsa som är relaterad till arbetsmiljön.

9.5.1 Vuxenutbildningen växer

Vuxenutbildningen har sin grund i folkbildningstraditionen. Begreppet vuxenutbildning används i regel om kompensatorisk utbildning för vuxna, i första hand de tre utbildningsformerna kommunala vuxenutbildningen på grundskole- och gymnasienivå, folkhögskolan och studieförbunden. Särvux och undervisningen i svenska för invandrare ryms inom dessa utbildningsformer. Arbetsmarknadsutbildning och personalutbildning är två andra former av kompetensutveckling och utbildning för vuxna. Dessutom finns vuxenutbildning bl.a. inom statens skolor för vuxna och ett antal fristående vuxenutbildningsenheter på grundskole- och gymnasienivå.

Vuxenutbildningen har ökat under 1990-talet. Antalet studerande i den kommunala vuxenutbildningen nästan fördubblades mellan åren 1990 och 1998.⁶⁹ Utvecklingen pågick under hela decenniet, men med en påtaglig ökning från år 1997 då det s.k. Kunskapslyftet startade. De flesta deltog i utbildning på gymnasienivån inom Kunskapslyftet.

Under år 2000 har det gjorts ytterligare satsningar på vuxenutbildning. Personer som inte har arbetslöshetsunderstöd får höjd ersättning när de deltar i arbetsmarknadspolitiska program. Inom arbetsmarknadspolitiken är det möjligt att få kompletterande utbildning inom läraryrken, teknik och naturvetenskap. Arbetslösa invandrare med utländsk utbildning inom hälso- och sjukvård har fått bättre möjligheter att komplettera sin utbildning, och tvåspråkig personal i primärvården och äldreomsorgen kan lättare få kompletterande utbildning.

9.5.2 Kunskapslyftsprojektet

Kunskapslyftsprojektet inleddes år 1997 och är en flerårig statlig satsning. Projektet vänder sig främst till arbetslösa vuxna som saknar treårig gymnasial utbildning, men även anställda och andra vuxna kan delta i mån av plats. Hittills har det funnits mer än 100 000 heltidsplatser årligen.

⁶⁹ SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskalet. Utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.

Kunskapslyftskommitténs förslag

Kunskapslyftskommittén startade sin verksamhet år 1995 med uppgift att presentera underlag för en nationell svensk vuxenutbildning, som skulle vara en del i en strategi för ett livslångt lärande. Kommittén, som presenterade sitt slutbetänkande i april 2000,⁷⁰ har dessutom haft två specialuppdrag, nämligen att utvärdera Kunskapslyftsprojektet och att utreda situationen för studerande med funktionshinder.

Kunskapslyftskommittén föreslår bl.a. att individens rätt till kommunal vuxenutbildning utökas genom att staten garanterar individerna tillgång till gymnasial kompetensnivå. Antalet helårsplatser i vuxenutbildningsreformen bör öka till sammanlagt 137 000 helårsplatser, fördelade mellan grundläggande vuxenutbildning, gymnasial vuxenutbildning och folkhögskoleutbildningen. En av Kunskapslyftskommitténs utgångspunkter är att den enskilde inte skall behöva skuldsätta sig för att studera på grundskolenivå. Det föreslås därför att hela studiestödet utgörs av bidrag för studier på den nivån.

Kommittén anser att det behövs två typer av statliga organ för att genomföra de aktuella reformerna inom vuxenutbildningen, dels sådana som har kontrollerande uppdrag, dels sådana som har främjande uppdrag. Den föreslår när det gäller de främjande uppdragen att man bl.a. inrättar en myndighet som ägnar sig åt dels utvärderingar av det livslånga lärandet, dels utveckling av kvalitetssäkringssystem för hela infrastrukturen för det livslånga lärandet.

Kunskapslyftskommittén föreslår att personer med utvecklingsstörning garanteras grundläggande vuxenutbildning som andra vuxna. Kommunerna bör också få skyldighet att ge studerande med behov av särskilt stöd rätt till en fördjupad individuell studieplan. Kunskapslyftskommittén menar att rätten till stöd, bl.a. assistansersättning, i samband med vuxenutbildning måste säkerställas. Döva, dövblinda och vissa hörselskadade bör också få bättre möjligheter till vuxenutbildning genom att staten svarar för kostnaderna för utbildningstolkning.

⁷⁰ SOU 2000:28 *Kunskapsbygget 2000 – det livslånga lärandet*. Kunskapslyftskommitténs slutbetänkande.

9.5.3 Bedömning

Utbildning för arbetsmarknaden

En god utbildning är en viktig resurs på arbetsmarknaden och därmed en hälsofaktor. Utbildning ger möjligheter att skaffa sig en arbetssituation där individen själv kan styra sitt arbete, och det är väl vetenskapligt belagt att kontroll över den egna arbetssituationen ger bättre hälsa.

Det finns ett långsiktigt behov av utbildning och vidareutbildning för vuxna därför att arbetsuppgifterna för korttidsutbildade minskar. Kompetenskraven förändras i alla branscher, och det finns fortfarande många i arbetskraften som inte har gymnasial utbildning. Många riskerar att bli arbetslösa och behöver komplettera och bygga på sin utbildning för att få ett arbete, för att kunna behålla det arbete de har och för att kunna få ett nytt arbete när arbetsmarknaden förändras och arbetsuppgifter försvinner. Det gäller enligt Kunskapslyftskommittén personer med funktionshinder, utomnordiska medborgare med kort utbildning, korttidsutbildade med yrken och arbetsuppgifter som minskar, samt ungdomar som inte har godkänt betyg från gymnasieskolan.

Arbetslöshet är en väl dokumenterad ohälsfaktor. Ur ett folkhälso-perspektiv är det därför väsentligt att dessa grupper får möjlighet att skaffa sig den utbildning de behöver för att få och behålla ett arbete. Det är också viktigt att utbildningen för vuxna på samma sätt som skolundervisningen får en tydligare hälsoinriktning än den har idag. Andelen arbetslösa personer över 55 år är fortsatt hög trots den förbättrade konjunkturen under senare år. Det är angeläget att den äldre arbetskraftens kompetens- och utbildningsbehov beaktas.

Arbetsgivarna har huvudansvaret för personalutbildning och det är viktigt att det avsätts medel för utbildning till anställda inom alla yrken och arbetsuppgifter. Personalutbildningsresurserna fördelas ofta så att anställda med kvalificerade arbetsuppgifter får mest utbildning. Resurserna för personalutbildning av kvinnor och män är ojämt fördelade. I SCB:s arbetsmiljöundersökningar år 1999 uppgav 49 procent av kvinnorna och 57 procent av männen att de hade möjligheter att skaffa sig nya kunskaper och utvecklas i sitt yrke. Drygt 26 procent av männen och knappt 24 procent av kvinnorna hade under det senaste året fått utbildning i sitt arbete under minst fem arbetsdagar. Arbetsmarknaden är föränderlig idag, och det är en hälsofråga att en större andel av de anställda får möjligheter till kontinuerlig vidareutbildning. Det är särskilt angeläget att personalutbildningen når dem som har kortast utbildning.

Det är alltså arbetsgivarens ansvar att erbjuda anställda den utbildning deras arbetsuppgifter kräver. Men det är också viktigt att de

anställdas utbildning används i arbetet. Många anställda, särskilt kvinnor, har en högre utbildning än deras arbetsuppgifter kräver. Detta kan bl.a. hänga samman med att vissa arbetsuppgifter av tradition är utformade med föreställningen att de anställda inte vill och kan ta ansvar för hur arbetet utförs. Konsekvensen kan bli att de anställdas kunskaper och kompetens inte utnyttjas i arbetet, vilket kan skapa otillfredsställelse och påverka hälsan.

Arbetsgivaren har också ett förstahandsansvar för rehabilitering för anställda som varit frånvarande från arbetet en längre tid på grund av sjukdom. Rehabiliteringen innebär i regel någon form av utbildning för att t.ex. kunna få nya arbetsuppgifter. Arbetsgivaren har ansvar för de åtgärder som kan vidtas inom den egna verksamheten. Om detta inte är tillräckligt träder försäkringskassans ansvar in. Den form av utbildning som den arbetslivsinriktade rehabiliteringen innebär är mycket viktig därför att den kan förhindra långtidsarbetslöshet och utslagning från arbetslivet.

Effekter av utbildning för individen

Den påverkan som utbildning har på människors tillvaro som helhet har inte studerats i samma utsträckning som effekterna av utbildning i arbetslivet. Det behövs därför ytterligare forskning på området. Det finns dock skäl att anta att den effekt som kontrollmöjligheter i arbetslivet har på hälsan också gäller för tillvaron i sin helhet. En faktor är ekonomin. Långtidsutbildade har ofta högre lön än korttidsutbildade, vilket påverkar handlingsmöjligheterna och tryggheten. Därutöver innebär utbildning i regel att individen förbättrar sina förutsättningar att påverka sin situation, att skaffa sig omvärldskunskap och att förstå sammanhang utanför sin egen sfär. Utbildning ger också större möjligheter att engagera sig i frågor och bli delaktig i samhällsutvecklingen, ta del av kulturutbud m.m. Alla dessa möjliga effekter av utbildning är hälsofrämjande.

Vuxenutbildning är att få en andra chans. Genom vuxenutbildning har många vuxna fått en tro på sin egen förmåga som de inte fått i skolan och under uppväxten. Utbildningen blir ofta början till en livslång lärandeprocess. Vetskapen att det finns möjligheter att kompensera en kort utbildning och söka nya vägar i livet har stor betydelse för individen. En tillgänglig vuxenutbildning stimulerar människor att söka nya kunskaper.

Medborgarnas utbildning har betydelse för samhället

Det har också betydelse för ett samhälle att medborgarna ser lärande och personlig utveckling som en livslång process. En god utbildning hos befolkningen är en del av det sociala kapitalet. Samhällsmedborgare med utbildning och kunskap har förutsättningar att känna trygghet och tillit till sin egen och andras förmåga. Medborgare med utbildning har förutsättningar att komma till tals, känna sig delaktiga och se välfärden som en gemensam angelägenhet. Ju större utbildningsklyftorna är desto svårare har medborgarna att förstå varandras livsvillkor. Främlingsfientlighet och diskriminering av grupper som i någon bemärkelse avviker från det gängse, (utomeuropeiska invandrare, homosexuella, personer med funktionshinder) bottnar ofta i bristande kunskap. En jämlik utbildningsnivå är ett kitt som ökar möjligheterna för ett solidariskt samhälle byggt på en humanistisk människosyn. Utbildningsnivån hos befolkningen har betydelse för utvecklingen av samhället och de demokratiska värdena.

Utbildningens betydelse sett både ur ett samhällsperspektiv och ur individens perspektiv förändras ständigt. En 80-åring som tagit studenten är relativt högutbildad jämfört med andra i sin generation, medan gymnasieutbildningen idag betraktas som en grundutbildning. När utbildningsnivån hos befolkningen höjs förändras också betydelsen av utbildning. När studentmössan innebar status och gav tillträde till ett välavlönat arbete hade den sannolikt också en annan hälsoeffekt än den har idag. Ännu vet vi inte vilka effekterna kommer att bli av ökningen av högskolestuderande under arbetslöshetens 1990-tal. Det är rimligt att tänka sig att arbetsmarknadens värdering av en högskoleexamen sänks på samma sätt som skett med studentexamen, och att detta också påverkar hälsoeffekten av att ha en akademisk examen.

Invandrare och personer med funktionshinder

Bland invandrare och funktionshindrade finns stora grupper som har kort utbildning, och dessutom har svårare än andra att komma in på arbetsmarknaden. Det är därför viktigt att vuxenutbildningen utformas så att dessa grupper får bättre möjligheter att bygga på sin utbildning. Vissa invandrare och en del, företrädesvis kvinnor, är analfabeter. Varje invandrare, kort- eller långtidsutbildad måste dessutom få goda möjligheter att lära sig svenska för att ha en chans att bli delaktig i det svenska samhället. Sfi-undervisningen måste därför effektiviseras. Invandrare med funktionshinder har särskilt svårt att få tillträde till utbildningsinsatser. För vissa grupper behövs det exempelvis särskilda

åtgärder för att undervisningen i svenska för invandrare skall bli meningsfull.

För många funktionshindrade är problemet att varken grundskolan, gymnasieskolan eller högskolan gör det möjligt att ta del av utbildningen på lika villkor. Många lämnar skolan med ofullständiga betyg och har små möjligheter att studera vidare på högskolenivå. Det har också visat sig att de möjligheter till dispens från Centrala studiestödsnämndens regler som finns för studerande med funktionshinder inte alltid är tillräckliga.

Vuxenutbildningen i dess olika former är en möjlighet att kompensera en bristande skolgång. Det är därför viktigt att den görs tillgänglig för personer med olika slags funktionshinder. Kunskapslyftskommitténs förslag att studerande i Särvux skall få samma rätt till grundläggande och gymnasial utbildning som andra medborgare är en viktig markering av utvecklingsstörda personers möjligheter och rättigheter till livslångt lärande.

Funktionshindrades studiesituation i den obligatoriska skolan, högskolan och vuxenutbildningen har under de senaste två åren tagits upp i bl.a. Lärarutbildningskommitténs betänkande Att lära och leda (SOU 1999:63) och Kunskapslyftskommitténs slutbetänkande Kunskapsbygget 2000 – det livslånga lärandet (SOU 2000:28) samt i regeringspropositionerna Elever med funktionshinder – ansvar för utbildning och stöd (prop. 1998/99:105) och Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken (prop. 1999/2000:79)

Angelägna utbildningssatsningar

Mot bakgrund av redovisningen bedöms följande som angeläget:

- Hälsoinriktningen bör stärkas i vuxenutbildningen på samma sätt som i skolan
- Sfi-undervisningen bör effektiviseras för att ge invandrare bättre kunskaper i det svenska språket.
- Forskningen bör stimuleras om vilka faktorer det är som gör att utbildning och social position har så stor betydelse för hälsan.
- CSN:s regler för studiemedel bör ses över så att de dispenser som personer med funktionshinder kan få för förlängda studier verkligen fungerar.

10 Kultur och folkhälsa

10.1 Inledning

Kulturens betydelse för hälsan diskuterades i kommitténs underlagsrapport nr 6 som utkom under våren 1999.¹ Redovisningen omfattade förekomst och användning av kulturutbud, hälsoeffekter av kultur, befintliga mål och åtgärder inom området samt förslag till framtida mål och åtgärder. Kommittén bedömde det som angeläget att komplettera och fördjupa materialet. I delbetänkandet Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137) framhölls att en redovisning av kulturens betydelse för hälsan skulle ske i slutbetänkandet.

Kommittén beslutade i början av år 2000 att tillsätta en arbetsgrupp bestående av personer med kunskap om hälsa i relation till olika former av kultur.²

Inriktningen i arbetet framhölls vara att komplettera och fördjupa det tidigare redovisade materialet med särskild betoning på:

- Aktiviteter av relevans för kultur och hälsa i svenska kommuner och landsting och i de nordiska grannländerna.
- En kompletterande vetenskaplig beskrivning av tänkbara effekter av kulturaktiviteter på fysiologiska mekanismer av relevans för hälsa.

I kapitlet sammanfattas arbetsgruppens rapport till kommittén. Kommitténs sekretariat har biträtt arbetsgruppen med en viss redigering.

¹ Arbetsgruppen *Levnadsvanor 2. Levnadsvanor 2*. Underlagsrapport nr 6. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén 1999.

² I den nu aktuella arbetsgruppen har ingått professor Töres Theorell (ordförande) IPM och Karolinska institutet, PhD Steven Brown, Institutionen för kliniska neurovetenskaper vid Huddinge sjukhus, professor Lars Olof Bygren, Socialmedicinska institutionen vid Umeå universitet, utredare Carin Lyckéus, Vårdförbundet, enhetschefen vid Statens kulturråd Gudrun Wahlqvist och ordföranden för Folkbildningsförbundet Berit Oscarsson.

10.2 Kulturens samband med hälsa

Att kultur har stor betydelse för välbefinnande och hälsa har människor alltid ansett. I föreliggande framställning görs en avgränsning till vissa aspekter på kultur som inte berörs på annat sätt i kommitténs underlagsmaterial. Vissa empiriska undersökningar redovisas som visar vilka effekter kultur kan ha på hälsan, vilka aktiviteter som förekommer i samhället och slutligen vilka möjligheter som finns att förbättra folkhälsan genom att stimulera och underlätta människors kontakt med kultur i olika former.

Att mäta hälsoeffekter av kulturell verksamhet är inte lätt. Det är inte heller lätt att definiera vad man menar med kultur. I nästa avsnitt förs en diskussion om avgränsningar. Men redan av rubriken framgår att kulturbegreppet kopplas mycket direkt till människors eget skapande och kontakt med vad andra människor skapat och skapar i konstnärliga uttrycksformer. Kulturell verksamhet förekommer sällan som isolerat fenomen och det kan därför vara mycket svårt att fastställa om kulturell aktivitet som sådan har en effekt på hälsan. Svårigheterna blir särskilt stora när man skall mäta långvariga bestående hälsoeffekter. Man har länge vetat att människor känner sig glada och upplivade när de får tillfälle att utöva eller ta del av kulturell verksamhet men det betyder ju inte nödvändigtvis att de blir långvarigt friskare av sådan verksamhet. Dessutom vet man att det omvända också gäller – vissa typer av kulturella upplevelser blir man ledsen och arg av, och det väcker den omvända frågan: Kan man bli långvarigt sjuk av vissa typer av kulturella aktiviteter som förekommer i vårt samhälle? Ett hälsoproblem som till viss del kan ha sådan grund är tinnitus som kan förorsakas av hög ljudvolym t.ex. musik på konserter, diskotek, men även på gym och via hörlurar.

Under senare år har emellertid en mera aktiv internationell forskning tagit fart på området hälsoeffekter av kultur. Framsteg i den neurobiologiska forskningen har gjort att vi numera tror att man kan stimulera inte bara den växande hjärnans utveckling utan även den vuxna hjärnans tillstånd, och kanske just kulturella aktiviteter kan ha särskilt stor betydelse i detta avseende. Det är mycket som också talar för att både den kognitiva och den känslomässiga utvecklingen hos barn och ungdomar kan stimuleras genom detta. Det betyder att den roll som kulturen får spela för barn och ungdomar i skola och fritidsverksamhet kan vara av betydelse för folkhälsan på längre sikt.

För de äldre utgör kultur inte bara förströelse. Det finns vetenskapliga undersökningar som visar att kulturella aktiviteter kan påverka kroppsliga och mentala funktioner i gynnsam riktning. Också för män

och kvinnor i de yrkesaktiva åldrarna diskuteras just nu specifika möjligheter som kulturella aktiviteter kan skapa.

De vida aspekterna på kulturens roll i samhällsutvecklingen är ingen nyhet. FN, UNESCO och Europarådet har alla utförliga rekommendationer för ett utökat deltagande.^{3,4}

I samband med att Sverige år 1998 var värdland för UNESCO-konferensen *The Power of Culture*, i vilken kulturministrar från hela världen deltog, formulerades också handlingsplanen *Kulturpolitik för utveckling*.³ Kulturpolitiken skall tillsammans med den ekonomiska och sociala politiken kunna verka för individens sociala och kulturella förverkligande liksom för ett hållbart samhälle.

Kultur kan stimulera både kreativitet och hälsa. Det är inte så att kulturella satsningar enbart är dyr lyx som samhället kan kosta på sig när det finns pengar. Istället finns det ett visst stöd för uppfattningen att både produktiviteten och hälsan mår väl av kultur. Hälsomålet kan dock stå i strid men andra samhällsmål. Kulturen som sedan 1970-talet i Sverige också är ett samhällsområde med politiska mål har bland dessa mål bl.a. att verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande. Bland målen ingår också att ge kulturen förutsättningar att vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft i samhället.⁵ På kulturområdet kan man snarare säga att målen är samstämmiga och ger möjligheter till både individers och grupper utveckling, skapande och insikt, faktorer som visat sig vara nödvändiga också i ett folkhälsoperspektiv.

Konst och kultur har under de senaste åren blivit viktiga inslag i verksamhet och debatt om hälsa, livskvalitet och välfärd. Kopplingen mellan kultur och hälsa är därför i första hand en fråga om tillgängligheten till kultur och kulturupplevelser i alla delar av samhällslivet. Genom att sätta in kultur, miljö och hälsa i nya sammanhang blir man i stånd till att värdera hälsa och mänskliga resurser i ett vidare perspektiv än det som traditionella uppfattningar om hälsa respektive kultur medger.

³ UNESCO. *Vår skapande mångfald, Rapport från Världskommissionen för kultur och utveckling*. Norstedts, Stockholm, 1996.

⁴ The European Task Force on Culture and Development. *In from the margins*. Council of Europe Publishing, 1997.

⁵ KrU 1996/97. Prop. 1996/97:3. Kulturpolitik.

10.2.1 Definitioner och avgränsningar

Begreppet kultur kan definieras på många sätt. Enligt den vida definitionen innefattas i begreppet en grupps alla tankar, handlingar och omgivande förhållanden, allt det som människan har, gör och tänker. Historiematerialistiskt definieras det som interaktionen mellan sociala och ekonomiska förhållanden, tankemönster och individer. Det synsättet räknar med delkulturer och subkulturer som kvinnokultur, arbetarkultur, invandrarkultur, kriminell subkultur etc. Ibland inskränker forskningen kulturbegreppet till tänkandet. Kulturen består i så fall av de meningssystem som ger ordning och inriktning i människans liv. Det ligger nära det estetiska kulturbegreppet enligt vilket kulturen uttrycker en mening om tillvaron bortom det materiella. "Kultur i vid bemärkelse kan numera anses omfatta hela det komplex av andliga, materiella, intellektuella och känslomässiga egenskaper som kännetecknar ett samhälle eller en grupp i samhället. Kultur omfattar inte endast konst och litteratur, utan också livsstilar, de mänskliga rättigheterna, etik, traditioner och trosuppfattningar".⁶ Nationella folkhälsokommittén har också denna övergripande syn då kommittén skriver i sitt första delbetänkande: "Politiken har kanske sin långsiktiga främsta roll i att skapa strukturella och kulturella förutsättningar i samhället för att upprätthålla en social sammanhållning och solidaritet utan vilken de många komponenterna i en effektiv och jämlik hälsopolitik varken kan genomföras på papperet eller upprätthållas i den praktiska verksamheten".⁷

Ett viktigt skäl till att framställningen har avgränsats till områdena skrivande, dans, musik, tecknande/målande och drama är att det finns forskning som visar att dessa kulturaktiviteter har effekter på biologiska system och att dessa effekter inte bara är tillfälliga. Diskussionen skall omfatta både s.k. passiva former – som att lyssna, läsa, titta på någonting som redan finns presenterat, och s.k. aktiva former, där man själv utövar eller tolkar en dans, ett musikstycke etc. Idrott är utan tvekan en kulturell aktivitet, men eftersom fysisk motion och idrott respektive sociala aktiviteter berörs i särskilda avsnitt av kommitténs arbete tas inte dessa områden upp här.

Kultur handlar mycket om att förmedla och kommunicera. Musik har t.ex. långt tillbaka i människans historia haft sin viktigaste uppgift i ceremonier och ritualer i vilka en grupps gemenskap stärkts av att medlemmarna tillsammans utfört musik. Även bilder och danser har haft en sådan roll i tidigare mänskliga livsformer. Poesi har ofta hjälpt

⁶ Världskonferensen för kulturpolitik i Mexico den 6 augusti 1982.

⁷ SOU 1998:43 *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén.

människor i en grupp att skapa en gemensam identitet. Den sociala komponenten i kulturutövning är alltså helt central.

De "passiva" respektive "aktiva" kulturaktivitetsbegreppen är komplicerade. Å ena sidan kan man säga att det är mera aktivt att spela teater än att bevista en teaterföreställning. Å andra sidan finns det alltid ett aktivt moment även i att gå på teater. Man måste välja föreställning och köpa biljett. Oftast diskuterar man föreställningen med andra. Närvaron av andra åhörare gör att upplevelsen alltid får ett "socialt" inslag. Hur reagerar andra? Starka känslouttryck från andra i publiken smittar. Detta kan hjälpa en att "översätta" sina egna känslomässiga upplevelser.

Att läsa en bok kan synas vara en mycket osocial verksamhet. Men innehållet i böcker kan ha en viktig känslomässig funktion för den enskilde och därmed påverka hälsan. Vidare är det vanligt att innehållet i böcker diskuteras med andra. Jämförelser mellan upplevelserna av en viss bok kan ha mycket stor betydelse för människors känsloutveckling inkl. hälsan.

Att ensam vara kulturkonsument vid sin egen TV-apparat eller dator är i många avseenden en mera passiv konsumtionsform än annan kulturaktivitet. Många människor har emellertid utbyte av det och diskuterar också det de har sett på TV med andra. Härigenom blir även denna typ av kulturkonsumtion i någon mening social.

För ensamstående och ensamboende personer kan tittandet på TV, video och Internet vara ett vikarierande socialt stöd. Detta kan säkert gälla många äldre personer. Vi har otillräckliga kunskaper om konsekvenserna av detta för hälsan i dessa grupper. Det kan också finnas många ensamma människor som aldrig diskuterar det de ser på TV eller Internet. För dem kan skrämmande upplevelser kanske ha negativa effekter. På liknande sätt kan våld och förnedring på TV legitimera verkligt våld. I vissa fall kan då gemensamma erfarenheter av kulturkonsumtion i en grupp t.o.m. ha starkt negativa effekter. Innehållet är självfallet viktigt – det går inte att föreskriva ospecifik kulturkonsumtion, den berör allt mänskligt.

Folkbildningen står för en betydande kulturinsats

År 1999 arrangerade studieförbunden 336 096 studiecirklar med totalt 2,8 miljoner deltagare^{8,9} med viss övervikt för kvinnor – 57 procent

⁸ Årsredovisning 1999, Folkbildningsinstitutet.

⁹ Ekman A. *Studieförbunden och deras roll i folkhälsoarbetet*. Opublicerad rapport till Nationella folkhälsokommittén, oktober 1999.

kvinnor och 43 procent män. Av dessa svarade det estetiska ämnesområdet för närmare 40 procent. Detta har under den senaste 10-årsperioden tenderat att öka sin andel av folkbildningsverksamheten. Av betydelse är att invandrare, funktionshindrade och arbetslösa var väl representerade bland deltagarna i cirkarna. Tillsammans utgjorde dessa grupper 21 procent av deltagarna. Bland de största specifika ämnesområdena var år 1999 improvisatorisk musik, som flera av studieförbunden satsat särskilt på, med 113 119 deltagare och körsång/sång och musik i grupp samt ensemble-instrumentalmusik med 350 696 deltagare, utövande teater 70 298 deltagare, målning med 57 218 deltagare och folklig dans med 77 868 deltagare. Den kulturella satsningen som studieförbunden gör i cirkarna är alltså betydande. Studieförbunden anordnar dessutom kulturprogram vars ämnesinnehåll kan spänna över vitt skilda ämnesområden, men med en mycket stark kulturprofil. År 1999 arrangerade studieförbunden 203 662 kulturprogram som besöktes av närmare 18 miljoner deltagare.

Folkhögskolornas kursutbud på det estetiska ämnesområdet utgör en betydande kulturinsats inom folkbildningen. Det senaste året deltog 4 565 deltagare i långa kurser med estetisk inriktning. Många av dessa deltagare kommer senare att bli verksamma som bl.a. cirkelledare i studieförbundens verksamhet. Folkhögskolorna arrangerade vidare närmare 3 000 offentliga kulturprogram under år 1999. Den samlade folkbildningen är landets största kulturarrangörer med ett utbud som når alla samhällsgrupper och i stort sett alla geografiska orter. Även ur ett folkhälsoperspektiv är således studieförbunden och folkbildningen viktiga aktörer.

10.2.2 Kulturkonsumtion och kulturutövande i befolkningen

Sett ur ett totalt befolkningsperspektiv har den form av kulturkonsumtion som anges ovan ökat under 1990-talet. År 1991 hade exempelvis 50 procent av befolkningen i åldrarna 16–84 år gjort minst ett biobesök per år mot 54 procent år 1997 och i samma storleksordning hade besök på teatrar, konserter, bibliotek och konstmuseer ökat. Skillnader i kulturkonsumtion finns dock, framför allt mellan korttidsutbildade och personer med lång utbildning och det oberoende av kulturform. Enligt en undersökning utförd av SCB från år 1998 om levnadsvanor hade 24 procent av personer i åldrarna 25–74 år med enbart folkskola/grundskola gått på bio någon gång under år 1996 medan motsvarande siffra för dem med eftergymnasial utbildning var 69 procent. Skillnaderna mellan hög- och lågutbildade är också stora vad gäller

besök på teatrar, konserter, museer och bibliotek eller ifråga om att läsa böcker och tidskrifter. Däremot är skillnaderna små när det gäller besök på konserter där det framförs annan musik än jazz och klassisk musik.

Sammantaget kan sägas att kulturkonsumtionen har ökat under 1990-talet.

Åldersgrupper

Barn och ungdomar mellan 3 och 14 år hör till de flitigaste besökarna av kulturinstitutioner som bibliotek, teatrar och museer. Detta beror till en del på att förskolor och skolor har besöken på kulturinstitutionerna som en del av sitt program. Annars är barnen mycket beroende av föräldrarna och följer i stort sett samma mönster som de gör. Även biobesök har under 1990-talet blivit mycket vanliga i denna grupp och konkurrensen från TV, video och datorer går inte att märka. En undersökning av barns teater- och musikkonsumtion under år 1996 visade att av alla 3–8-åringar hade 77 procent besökt teatrar och musikevenemang, 62 procent museer och 76 procent bio. Nästan alla hade besökt bibliotek någon gång under året. Det kan nämnas att andelen som besökt evenemang med levande musik ökat från 36 till 61 procent mellan år 1984 och år 1992. Tre- till åttaåringarnas besök på teatrar ökade mellan år 1984 och år 1992 från 45 till 51 procent.

Mellan vuxna i olika åldrar skiljer sig kulturvanorna en hel del. I åldrarna 16–25 år går man på bio, konserter och besöker bibliotek betydligt mer än vad man gör i åldersgruppen 25–64 år. Skillnaden är ännu större om man jämför med gruppen 65–84 år. Böcker och tidskrifter läses i alla åldrar men i gruppen 25–64 år är läsfrekvensen högst. I synnerhet gäller det tidskrifter. Musik och sång däremot utövas mest av de yngre vuxna. Ser man bara till biobesök är det också personer mellan 16 och 24 år som är högstfrekventast och nästan alla hade varit på bio någon gång under år 1997. I åldersgruppen 25–64 år hade 57 procent varit på bio någon gång under året mot 16 procent av 75–84-åringarna. Skillnaderna mellan åldrarna var också stor i fråga om frekvens på konsertbesök och besök på bibliotek år 1997 – högst frekvens bland 16–24-åringarna och sedan en fallande skala ner till åldersgruppen 75–84 år. Sammantaget kan alltså konstateras att de yngre är överrepresenterade vad gäller kulturkonsumtion jämfört med befolkningsfördelningen i stort.

Män och kvinnor

Män och kvinnor i åldrarna 16–84 år gör ungefär ett konsertbesök vardera per år. Det är dock kvinnorna som läser och köper flest böcker medan det omvända gäller ifråga om tidskrifter. Också vad gäller teaterbesök är kvinnorna flitigast och 43 procent av dem mot 35 procent av männen hade gjort minst ett besök år 1996. Motsvarande skillnader till kvinnornas fördel finns också för konstutställningar och för besök på bibliotek. Andelen som besökt bio, konserter och museer under ett år var nästan samma för män och kvinnor.

Socioekonomiska grupper

De stora skillnaderna i kulturkonsumtion finns mellan individer med olika lång utbildning. Två–tre gånger fler universitets- och högskoleutbildade utnyttjar kulturutbuden jämfört med dem som har enbart grundskola eller folkskola. Det gäller bio, teater, konserter, konstutställningar, museer och bibliotek. Det gäller också kulturella egenaktiviteter som att spela och sjunga etc.

Tabell 10.1. Procentuell andel åren 1996 och 1997 som besökt respektive utövat en kulturell aktivitet under ett år.

	Folkskola/ Grundskola	Gymnasie- utbildning	Eftergymnasial utbildning
Bio (någon gång/år)	25	52	73
Teater (någon gång/år)	28	35	59
Konsert (någon gång/år)	24	40	63
Konstmuseum-utställning (någon gång/år)	23	33	63
Museum (någon gång/år)	27	40	66
Bibliotek (någon gång/år)	35	54	76
Läst böcker (varje vecka)	27	34	55
Läst tidskrifter (varje vecka)	23	38	62
Spelat musikinstrument (någon gång)	8	12	24
Sjungit i kör (någon gång)	4	4	9
Motionerat (minst en gång per vecka)	44	54	64
Arbetat i trädgård (minst en gång/vecka)	50	49	44
Strövat i skog (minst en gång/vecka)	34	34	34
Promenader (minst en gång/vecka)	53	53	57

Källa: SCB, Undersökningar av levnadsförhållanden. Tabellen är baserad på 11 515 intervjuer av personer i åldrarna 25–74 år.

Också bland barn till föräldrar med olika utbildning finns tydliga skillnader i kulturkonsumtion. 41 procent av alla barn i åldrarna 3–8 år med föräldrar med enbart folkskola/grundskola hade under år 1996 besökt något musikevenemang mot 70 procent för barn till föräldrar med eftergymnasial utbildning. Motsvarande tal för teaterbesök var 60 respektive 85 procent och storleksförhållandena i stort samma för besök på museer, bio och bibliotek.

TV och datorer ändrar kulturmönstret

TV-tittandet har ökat något under senare år, förmodligen på bekostnad av andra aktiviteter. Detta är något som måste uppmärksammas eftersom aktiva former av kulturkonsumtion kan tänkas ha bättre hälsoeffekter än passiva (se ovan). Andelen bokläsare bland de yngsta minskade kontinuerligt under 1980-talet och i den senaste mätningen (1998–1999) tycks läsandet ha avtagit ytterligare, i synnerhet bland de yngsta. Även serietidningsläsandet har minskat avsevärt sedan början av 1990-talet. Datorer spelar en allt större roll i småbarnens vardag. 77 procent av alla 3–8-åringar har tillgång till dator i hemmet och 60 procent av barnen spelar varje dag eller vecka något dataspel.

10.2.3 Effekter för individ och samhälle

Befolkningsstudier visar att dödligheten är lägre i åldrarna upp till 70 år bland dem som har en hög kulturkonsumtion. Det gäller oavsett ålder, kön och sjuklighet i utgångspunkten och oavsett fysisk aktivitet, rökning, socialt nätverk, socialgrupp etc.¹⁰ Deltagande i kulturlivet och god hälsa följs dessutom åt oberoende av tidigare kulturvanor. Ökat deltagande åtföljs av bättre upplevd hälsa och minskat deltagande omvänt av en försämrad hälsa.¹¹

Förändringen i vanor och attityder som en följd av barnens tillgång till datorer i hemmet och i skolan har kommit så snabbt att forskningsresultat om effekterna för bl.a. hälsa och påverkan ännu inte finns att tillgå. Samtidigt som medierna och deras innehåll öppnar mot kunskap och kreativitet och en vid omvärldsorientering vet vi litet om vad

¹⁰ Bygren et al. Attendance at cultural event, reading books or periodicals and making music or singing in a choir as determinants for survival. *BMJ* 1996;313:1577-80.

¹¹ Johansson et al. *Changes in cultural activities and effects on perceived health*. Socialmedicinska institutionen. Umeå Universitet. 1998.

informationsstress, skräckupplevelser och en koncentrationskrävande uppmärksamhet på dessa bildmedier kan leda till.

Skolans nya läroplaner betonar ett undersökande arbetssätt och en integrering av kulturen i alla ämnen. "Kultur för lust och lärande" är ett gemensamt regeringsuppdrag till Kulturrådet och Skolverket för att stärka arbetet med kulturen i skolan på nationell nivå. Skolan är den viktigaste institutionen för unga människors möjlighet att få tillgång till och själva utöva kultur. En väl fungerande barnomsorg och skola kan kompensera skillnaderna mellan olika social gruppers tillgång till kultur.

Det finns också ett ökande intresse för estetiska utbildningar bland de unga. Det handlar inte om att utbilda fler konstnärer utan om att alla elever skall få en rikare bildning och en större förmåga till empati och reflektion, nog så viktiga för hälsan.

Landets regionala konsulenter (filmkonsulenter, danskonsulenter, bildkonsulenter m.fl.) har här stor betydelse som länkar mellan kulturområdet och utbildningsområdet på det lokala planet.

Inom kulturinstitutionerna – museer, bibliotek, teatrar m.fl. – har man också kommit olika långt i samarbetet med skolan. Uppgiften har hög kulturpolitisk prioritet. På en del håll arbetar man redan mycket målmedvetet för att möta elevernas behov av skapande och kulturmöten, vilket också visar sig sätta igång helande processer för hela skolmiljön.

Hur påverkas mentala och fysiska funktioner av kulturaktivitet?

En ganska omfattande forskning finns numera på detta område internationellt. Flera tidskrifter tar upp dessa frågor. Här skall nämnas ett par exempel som har relevans för den svenska hälsopolitiken.

Inom ramen för ett speciellt rehabiliteringsprogram för patienter med kroniska smärttillstånd och sjukdomar med psykosomatiska inslag som varit sjukskrivna helt eller delvis under minst ett år och som remitterades för behandling och rehabilitering erbjöds konstpsykoterapi. Denna grupp av patienter (som kan ha en kroppslig sjukdom med en invaliditet som kanske inte står i proportion till de kroppsliga förändringarna) har ofta en dålig förmåga att tolka och beskriva sin egna känslor och skilja på dessa. Konstupplevelser kan förbättra denna förmåga.¹² Patienterna fick gå i poliklinisk behandling en gång i veckan vanligtvis under en tvåårsperiod. Konstpsykoterapierna innehöll både

¹² Theorell T, Konarski K. Bakgrund – behandling av psykosomatiska tillstånd, ur Theorell T (red.) et al. *När orden inte räcker*, 1998.

passiva inslag, dvs. terapeuten uttrycker med sin konstart den sinnesstämning patienten befinner sig i, och aktiva inslag – patienten får själv utföra musik, måla, dansa eller spela med i ett drama, och varje patient följde ett av fyra spår, nämligen musik, dans, bild eller drama.

I det typiska fallet iaktogs tre faser under denna typ av behandling:

En initial trevande sökfase under vilken patient och terapeut lärde känna varandra.

En krisfas under vilken patienten kände förtroende och började berätta om traumatiska upplevelser. Denna fas kännetecknades av många starka negativa känslor. En psykofysiologisk aktivering i kroppen iaktogs i blodprover. Konstupplevelserna var troligen ett viktigt hjälpmedel i denna fas av behandlingen.

En restitutionsfas under vilken ångest-depression och upplevelser av allmänt hälsotillstånd förbättrades. Denna inträffade i allmänhet efter något år av behandling. Det fanns även en tendens till att antalet kroppsliga symptom minskade men detta inträffade i allmänhet inte förrän efter två års behandling.

Resultaten i denna undersökning bevisar inte att konstpsykoterapi kan bota kroppslig sjukdom men illustrerar att konstupplevelser som aktivt diskuteras – och på så sätt kan påverka att känslomässiga upplevelser får en ny mening och kan sättas in i ett nytt sammanhang – kan ändra förloppet i en psykosomatisk sjukdom, vilket i sin tur är en kunskap som har utvecklats i flera andra studier.¹³ Av betydelse är att de kulturella aktiviteterna behöver tid för att ge effekt. Det finns ofta ett moment av ”trial and error”. Terapeut och patient måste leta sig fram till de viktiga upplevelserna, och detta kan ta månader i en poliklinisk behandling.

Om nu konstpsykoterapi kan vara av betydelse för livskvaliteten vid långvariga sjukdomar borde konstupplevelser kunna vara viktiga även för ickepatienter. Vad skulle det betyda i normalbefolkningen om människor fick hjälp att uttrycka sig och att tolka sina känslor i vardagen? De redovisade undersökningarna tyder ju på att det i kulturaktiviteter skulle kunna finnas en mycket stor, delvis outnyttjad resurs, även för folkhälsan. Kanske finns här särskilt stora möjligheter att stärka det som är friskt hos människor.

¹³ Wikström et al. Medical Health and Emotional Effects of Art Stimulation in Old Age. *Psychother Psychosom* 1993;60:195-206.

Kulturella aktiviteter och behandlingsarbete – några ytterligare illustrationer

En direkt illustration till kulturupplevelsernas hälsopotential är den undersökning som utförts i Stockholm på ett bostadshotell för äldre.¹⁴ I denna studie valde man ut två grupper av äldre damer som var jämförbara med avseende på ålder, sjuklighet, socioekonomiska förhållanden och erfarenhet av bildkonsten (dvs. ingen professionell erfarenhet). I den ena gruppen visade projektledaren två gånger i veckan under fyra månader bilder ur en serie av bilder av speciellt utvald svensk och internationell konst. Vid varje tillfälle diskuterade man vad bilderna väckte för associationer. I jämförelsegruppen träffade man projektledaren lika ofta och lika länge men bilder visades inte utan istället konverserade man om händelser. Grupperna undersöktes före bildvisningsperioden, omedelbart efter och fyra månader efter avslutningen. Resultaten visade att damerna i bildvisningsgruppen i jämförelse med damerna i den andra gruppen utvecklade mera bildfantasi men också blev socialt aktivare, fick en mera aktiv stresshantering, gladare och mindre ledsna sinnesstämningar samt också ett bättre kroppsligt tillstånd som bl.a. innebar minskad konsumtion av laxantia samt lägre blodtryck.

I studien av bildvisning för äldre damer är det troligen av stor betydelse att synintrycken omedelbart bearbetades och diskuterades.

Ett annat exempel som illustrerar att ett aktivt deltagande i en kulturell aktivitet kan förbättra hälsan är de försök som utförts på personer som i organiserade former under ledning av psykologiskt erfarna och "skrivarkunniga" terapeuter fått skriva om traumatiska upplevelser som de haft. De har fått utveckla detta sitt skrivande under en sammanhängande arbetsvecka. Man kunde i uppföljande undersökningar visa att dessa personer hade ett förbättrat immunförsvar och även en förbättrad självupplevd hälsa under flera månader efter denna skrivarerfarenhet.¹⁵

Psykodrama är en terapiform som utgår från en individs psykologiska problem, i sociodrama bearbetas som regel sociala problem. I båda fallen gestaltas situationen i dramatisk form. En rad olika tekniker har utvecklats för att deltagarna skall få insikt i det aktuella problemet. Främst av dessa är rollbyte, som ger individerna möjlighet att se situationen ur ett nytt perspektiv. Dramametodiken ger även deltagarna

¹⁴ Arnetz BB, Theorell T, Levi L, Kallner A. and Eneroth P. An experimental study of social isolation of elderly people, psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosomatic Medicine* 1983;45:395-406.

¹⁵ Pekkebaker JW. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Physiological Science* May 1997;8(3):172-166.

möjlighet att träna in nya och mer fruktbara förhållningssätt. Det har använts för att minska konflikter hos ungdomar, terapeutiskt och pedagogiskt.¹⁶ Resultaten har genomgående varit goda. Drama har även prövats inom vårdutbildning som en metod som visat sig vara verksam både för den professionella och den personliga utvecklingen inom yrket.^{17,18}

Inom äldreomsorg har dans och musik visat sig ha överraskande starka och goda effekter. Förmodligen skulle man t.ex. kunna utnyttja musik betydligt mera än vad man gör idag i demensvård. Vid demens förefaller det vara så att de delar av hjärnan som härbärgerar musikaliska och dansanta minnen och färdigheter kan vara helt intakta trots att många andra funktioner, bl.a. att hitta ord i ett vanligt samtal, är svårt skadade av de demensrelaterade förändringarna i centrala nervsystemet. Dans- och sångaktiviteter kan därför stärka självförtroendet hos de dementa, och detta har utnyttjats på flera håll i demensvården bl.a. i Sverige och USA.¹⁹ Här handlar det inte i första hand om att bota eller bromsa sjukdomens förlopp utan istället att utnyttja kvarvarande funktioner. Begreppet musikterapeutisk vård har lanserats.¹⁹ Detta innebär att musik kan utnyttjas i den dagliga vården av dementa. Kvalitativa studier har t.ex. visat att vårdgivaren genom att sjunga sånger som är populära i den äldre generationen starkt kan underlätta matning, tandborstning, påklädning m.m., vilket kan vara moment som kraftigt fördröjs och blir plågsamma både för vårdgivare och patient av ångest- och vredesladdade stämningar – men blir lustfyllda för båda parter om vårdgivaren sjunger. Detta kan även göra att vårdgivaren får bättre livskvalitet och löper mindre risk för psykiska skador i arbetslivet. Det har visat sig att man i äldreomsorgen använder musik i betydligt större utsträckning än som varit känt. I USA fann man t.ex. i en systematisk kartläggning²⁰ av alla hem för äldre i en region att 43 procent av de som bodde på sådana ställen deltog i sångaktiviteter. En slutsats av detta är

¹⁶ Berglind H. *Skapande ögonblick – psykodrama och sociodrama*. Cura, Stockholm, 1998.

¹⁷ Lepp M. *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt. En studie inom sjuksköterske- och vårdläraryrket*. Doktorsavhandling. Lunds Universitet, Lund 1998.

¹⁸ Berglind H. *Skapande ögonblick – psykodrama och sociodrama*. Cura, Stockholm, 1998.

¹⁹ Brown S, Götell E, Ekman S-L. *Music-therapeutic caregiving: A missing concept*. Manuskript, Institutionen för neurovetenskap, Huddinge sjukhus, 2000.

²⁰ Hylton J. Music programs for the institutionalized elderly in a Midwestern metropolitan area. *Journal of Music Therapy*. 1983;36:125-143.

att forskning och undervisning kring dessa processer borde prioriteras även i Sverige.

När det gäller musik finns det vetenskaplig litteratur som sammanfattar vad man hittills funnit i studier av patientbehandlingar med kulturella inslag. Bl.a. har Standley²¹ i en s.k. metaanalys sammanställt effekter av musik i terapeutiska program. De studerade faktorerna varierade från smärta och ångest till fysiologiska registreringar t.ex. av elektrisk aktivitet i muskulatur, blodtryck och hjärtfrekvens. Medelstorleken på effekten beskrevs som det antal standardavvikelser med vilka effekten i musikbehandlingsgruppen översteg effekten i kontrollgruppen. Kvinnor hade bättre effekter av musiken än män, barn och tonåringar hade bättre effekter än vuxna och nyfödda, och effekten var bättre när smärta förekom (fastän effekten blev sämre när smärtan var uttalad). Självrapporterade effekter var sämre än när man mätt effekter objektivt antingen med beteendeobservationer eller med fysiologiska registreringar. Levande musik hade bättre effekt än inspelad.

De kraftigaste effekterna observerades bl.a. för andningsfrekvens, elektromyografi, dvs. registrering av elektrisk aktivitet i muskulatur, konsumtion av smärtstillande medel och självrapporterad smärta.

Mekanismerna för påverkan av konst, musik, teater m.m. har diskuterats inom flera områden. Enligt psykoanalytisk teori är symboliseringsförmågan av central betydelse för hälsoutvecklingen hos en individ. En gynnsam effekt av konstupplevelsen enligt psykoanalytisk teori är den "vikarierande" upplevelsen av händelser och känslor. De konstnärliga upplevelserna, vare sig vi talar om bilder, musikupplevelser eller film, drama eller romaner och dikter, kan plötsligt väcka oväntade associationer som kan visa sig fungera som "nycklar" till problemlösning. Överraskningsmomentet är kanske det centrala. I det verbala samtalet är vi oftast bättre garderade och överraskas inte lika lätt. Enligt andra teorier beskrivs den inre verkligheten bäst av konstnärliga symboler som gör känslolivets struktur förståeligt.²²

Erfarenheterna från behandlingsarbete med inslag av konstnärliga terapier kan också tolkas så att ett individualiserat inslag är mycket viktigt för att man skall kunna uppnå goda effekter. Detta betyder också att aktiva former av kulturkonsumtion har mera betydelse för folkhälsan än passiva. Det ökande TV-tittandet kan innebära en ökande passivering av kulturkonsumtionen och måste enligt detta resone-

²¹ Standley J. Music as a Therapeutic Intervention in Medical and Dental Treatment: Research and Clinical Applications. *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook* by Wigram T, Saperston B, West R. 1995.

²² Spencer MJ. *Live arts experiences. Their impact on health and wellness*. Hospital Audiences Inc, New York, 1997.

mang motverkas. Den minskande läsningen särskilt bland LO-an slutna män är därför en trend som måste uppmärksammas från hälsopolitisk synpunkt.

Sammantaget finns det alltså betydande vetenskapligt stöd för att kulturella aktiviteter kan utgöra ett viktigt komplement i en rad olika behandlingsformer. Stora välkontrollerade studier har dock inte genomförts i tillräcklig omfattning. Ökad vetenskaplig aktivitet på detta område rekommenderas.

Kroppsliga effekter av kulturaktiviteter

Musik och dans är icke-verbala former av kultur. Det är därför intressant att ta reda på vilka effekter just musik och dans har på fysiologin. Eftersom dans innehåller ett viktigt element av fysisk aktivitet kan det vara lättare att studera musik om man vill renodla "kulturaspekten". Därför koncentreras framställningen till kroppsliga effekter av musik.

Krumhansl²³ har beskrivit en serie experiment som belyser de omedelbara effekterna av att lyssna på musik. Känslomässiga stämningar liksom en rad fysiologiska effekter såsom andningsmönster, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, pulshastighet och pulsvolym liksom hudkonduktans, dvs. hudens förmåga att leda elektrisk ström, registrerades under musiklyssnande. Man kunde visa att olika emotioner hade olika psykofysiologiska effekter. Så t.ex. kunde man visa att sorgsamma musiksekvenser gav mycket mera uttalade reaktioner på hjärtfrekvens, blodtryck, hudkonduktans och temperatur än andra av musiken framkallade stämningar. Det är alltså rimligt att anta att musikupplevelser kan framkalla olika känslomässiga tillstånd och att detta borde kunna användas både i behandling och hälsoarbete.

Ett intressant exempel på att musik kan användas i kombination med andra hälsostimulerande åtgärder är de studier som har visat att musiklyssnande kan minska effekten av fysisk träning på upplevd ansträngning och även på plasmakoncentrationen av mjölksyra och noradrenalin. Båda dessa ämnen kan förenklat sägas spegla uppvarvning hos individen. Szmedra and Bacharach²⁴ har publicerat en studie av tio vältränade män i åldrarna 19–32 år. Dessa utförde en maximal ansträngning på ett löparrullband under femton minuter. Hälften av

²³ Krumhansl C L. An exploratory study of musical emotions and psychophysiology. *Canadian Journal of Experimental Psychology* Dec 1997;51(4):336-352.

²⁴ Szmedra L, Bacharach DE. Effect of music on perceived exertion, plasma lactate, norepinephrine and cardiovascular hemodynamics during treadmill running. *Int. J. Sports Med.* 1198;19:32-37.

gångerna spelades musik och hälften av gångerna gjordes prestationen utan musik. Den musik som spelades var klassisk musik med en brittisk symfoniorkester. Inga av deltagarna var speciellt entusiastiska eller ogillande i förhållande till musiken. Resultaten visade att ansträngningen medförde mindre ökning i hjärtfrekvens, blodtryck och blodkoncentration av mjölksyra när musiken spelades än när den inte spelades, detta trots att det fysiska arbete som utfördes var lika stort i de två betingelserna.

Mc Kinney et al²⁵ har genomfört en studie som illustrerar att ett mera långvarigt program med kulturella aktiviteter kan ge ganska varaktiga förändringar i endokrina funktioner. 28 personer fördelades slumpmässigt till två grupper. I den ena gruppen genomfördes under tretton veckor ett program med "Guided Imagery and Music", dvs. lyssnande till speciellt utvald musik som kan väcka associationer av känslomässigt stor betydelse samtidigt som man ser på bilder som också valts ut av detta skäl. Behandlingssessionerna genomfördes under 1,5–2 timmar varannan vecka och var alltså inte så omfattande. Den andra gruppens deltagare stod på väntelista till behandlingen. Blodprover togs från deltagarna i båda grupperna dels före programmet och dels efter avslutningen av detta samt efter ytterligare tretton veckors uppföljning. Resultaten visade att man i behandlingsgruppen fick en sänkning av serumkoncentrationen av cortisol, som har betydelse för uppvarvning, vilket kan tolkas som ett tecken på en allmän nedvarvning²⁶ hos de personer som deltagit i programmet.

Andra direkta effekter av musiklyssnande har också rapporterats. Tims et al har publicerat en studie²⁷ i vilken studenter fick delta i slumpmässig ordning i fyra olika experiment: 1) Guided Imagery and Music 2) enbart musiklyssnande 3) enbart bilder och 4) endast vila. Sedan man konstanthållit en rad förhållanden som skulle kunna skapa falska samband fann man att betaendorfinkoncentrationen i blod (som återspeglar aktiviteten i kroppens eget morfinsystem) ökade statistiskt säkerställt i den första gruppen men inte i övriga. Kanske kan detta också illustrera att de kroppsliga effekterna av musiklyssnande oftast uppkommer när man får hjälp att tolka de emotionella associationer som musiken väcker.

²⁵ McKinney et al. Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychology* Jul 1997;16(4):394-400.

²⁶ Lundberg U, Frankenhaeuser M. Psychophysiological reactions to noise as modified by personal control over noise intensive. *Biol Psychol* 1987;6:51-60.

²⁷ Tims et al. The effect of selected classical music and spontaneous imagery on plasma beta-endorphin. *Journal of Behavioral Medicine* Febr 1997;20(1):85-99.

Sammanfattning

Biologiska mekanismer kan påverka oss på flera plan. Verbalisering av traumatiska upplevelser har i experiment på människa ökat antikroppssvaret vid vaccination.²⁸ Också djurförsök visar att mekanismerna kan vara immunregulatoriska. En annan mekanism är att receptorer för stresshormon i hjärnan kan påverkas. På människa skulle det betyda minskad risk för depression och minnesstörningar.²⁹ Det har visat sig att det inte bara hos djur utan också hos människan kan nybildas celler i ett viktigt centrum i hjärnan för minne, inläring och sinnesstämning.³⁰ De nybildade cellernas överlevnad kan antas främjas av miljöstimulering.³¹ Det är sedan länge känt att också antalet nervutlöpare i hjärnan ökar och antalet förbindelser mellan nervcellerna inom samma centrum vid kultur och miljöstimulering.³²

Det är alltså inom flera forskningsfält klarlagt att kulturell stimulering kan öka vitaliteten, motståndskraften och återgångsförmågan vid traumata av vitt skilda slag. Flera av de beskrivna exemplen handlar om behandling av människor med hälsoproblem, men det finns också en betydande dokumentation som har exemplifierats som visar att kulturkontakt och -utövande kan vara hälsobefrämjande i ett folkhälso-perspektiv.

Effekter av kulturstimulans under uppväxten

De flesta barn som får musikundervisning får detta för att de skall lära sig att utöva musik, antingen för att de själva är intresserade eller för att föräldrarna vill. Något som ej kan diskuteras är förstås att man blir en bättre musiker om man övar på ett instrument. Men på senare tid har man också ställt frågan om musikutövande – eller t.o.m. passivt lyssnande på musik – skulle kunna ha positiva effekter även på icke-musikaliska funktioner. Det finns emellertid mycket litet vetenskapligt

²⁸ Berry DS, Pennebaker JW. Non-verbal and verbal emotional expression and health. *Psychother. Psychosom.* 1993;59:11-19.

²⁹ Seckl JR, Olsson T. Glucocorticoid hypersecretion and the age impaired hippocampus: cause or effect? *J. Endocrinol.* 1995;145:201-211.

³⁰ Eriksson PS, Tenfilieva E, Björk-Eriksson T, Alborn AM, Norborg C, Peterson DA, Gage FH. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat. Med.* 1998;4:1313-7.

³¹ Kemperman G et al. Environmental simulation of 129/SvJ mice causes increased cell proliferation and neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Curr. Biol.* 1998;8:939-42.

³² Kolb B. *Brain plasticity and behavior*. Mahawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc., 1995.

bevis för att musik skulle kunna förbättra kognitiva, t.ex. matematiska och språkliga, funktioner. Ändå förekommer det mycket skrivelser i tidningarna om starka kognitiva effekter av musik.

På 1990-talet publicerade Rauscher et al studier som visade att passivt musiklyssnande i 10 minuter (Mozarts sonat för två pianon K 448) hade en positiv effekt på utförandet av en speciell pappersvikning, ett moment som krävde speciell spatial skicklighet.^{33,34} Denna effekt som inte varade mera än 15 minuter blev känd som Mozarteffekten och observationen utlöste en mängd dåligt underbyggda påståenden i dags-tidningar och veckotidningar om att man blir intelligent av att lyssna på musik av Mozart. Faktum är att observationen av denna Mozarteffekt inte stått sig i andra studier^{35,36} och den tycks vara begränsad till effekter på spatiala funktioner³⁷. Det är viktigt att notera att alla studier av Mozarteffekten (det finns omkring 30 sådana publicerade studier) har gjorts på vuxna.

Alla undersökningar som handlar om långtidseffekter av musik har gjorts på musikutövning snarare än passivt lyssnande. Det finns vetenskapliga indikationer på att pianoundervisning under sex månader kan medföra förbättrade spatiala-temporala funktioner.^{38,39,40} Emellertid har Costa-Giomi⁴¹ studie av 10–12-åriga barn som följts i tre år visat att de små förbättringar i spatiala funktioner som observerades under de första två åren inte fanns kvar under det tredje året. Dessutom var det

³³ Rauscher F H, Shaw G L, Ky K N. Music and spatial task performance. *Nature* 1993;365:611.

³⁴ Rauscher F H, Shaw G L, Ky K N. Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: towards a neurophysiological basis. *Neuroscience Letters* 1995;185:44-47.

³⁵ Chabris C F. Prelude or requiem for the "Mozart effect?" *Nature* 1999;400:826-827.

³⁶ Steele K M et al. Prelude or requiem for the "Mozart effect?" *Nature* 1999;400:827-828.

³⁷ Shaw G L. *Keeping Mozart in Mind*. San Diego: Academic Press, 2000.

³⁸ Reuscher F H et al. Music training causes long-term enhancement of pre-school children's spatial-temporal reasoning. *Neurological Research* 1997; 19(1):2-8.

³⁹ Bilhartz T D, Bruhn R A, Olsson J E. The effects of early music training on child cognitive development. *Journal of Applied Developmental Psychology* 1999;21(2):139-152.

⁴⁰ Graziano A B, Peterson M, Shaw G L. Enhanced learning of proportional math through training and spatial-temporal training. *Neurological Research* 1999;21(2):139-152.

⁴¹ Costa-Giomi E. The effects of three years of piano instruction on children's cognitive development. *Journal of Research in Music Education* 1999;47(3):198-212.

inga effekter på kvantitativa eller verbala funktioner under något av de studerade åren.

I motsats till dessa kognitiva resultat har Weber, Spychiger och Patry⁴² funnit påtagliga effekter av musikundervisning på social kompetens, samarbete och klassrumsklimat i en stor studie som pågick i tre år på flera ställen i Schweiz. Den omfattade 50 klasser. Medan dessa resultat är mycket lovande tenderar de att överskuggas av de överdrivna ryktena om att man blir intelligent av att lyssna på klassisk musik. Musikundervisning har kanske i stället sin största potential för barn när det gäller emotionell och social utveckling.

En ytterligare aspekt som är minst lika viktig är att förmågan att differentiera känsloupplevelser^{43,44} och att tolka de egna känslorna kan förbättras hos barn som deltar i speciella kulturella program i förskola och skola. Genom att man i pedagogiken kopplar vissa motiv i sagoböcker till känsloupplevelser och tränar barnen att beskriva de känslor som väcks eller genom att spela musik som valts ut för att den skall väcka speciella känslor som sedan diskuteras på motsvarande sätt kan man kanske höja den känslomässiga intelligensen⁴⁵ vilket kan ge framtida hälsoeffekter inte bara för individer utan även för grupper och samhällen – förmågan att förstå de egna känslorna kan också öka förmågan att förstå andras känslor. Eftersom gruppen flyktingar ökar i storlek har detta också betydelse i ett hälsopolitiskt perspektiv. På många håll i landet pågår försök att förbättra samförståndet mellan utlands- och svenskfödda. Flera sådana exempel beskrivs i en rapport från Kulturrådet.⁴⁶ Här finns en stor outnyttjad potential för mentalt hälsofrämjande arbete, som också bör bli föremål för ökad forskning.

⁴² Weber E W, Spychiger M, Patry J-L. *Musik Macht Schule*. Essen: Die Eule, 1993.

⁴³ Konarski K. Meningsfullt sammanhang: en skyddsfaktor för hälsa. *Psykisk hälsa. Föreningen för psykisk hälsovård* 1996;1:32-44.

⁴⁴ Konarski K. Betydelsen av känslodifferentiering för de existentiella frågorna och för hälsa: möjligheter till en experimentell undersökning. I: Novakova V, Rosén A-S (red) *Hälsa och existentiella frågor: Synsätt på hälsa, ohälsa och livsfrågor*. FRN 1996, 67-73.

⁴⁵ Coleman D. *Emotional intelligence*. New York, NY, Bantam Books, Inc. 1995, xiv, 352.

⁴⁶ *Konsten att motverka främlingsfientlighet och rasism*. Statens Kulturråd. Rapport från Statens Kulturråd, 1994:3.

10.3 Orsaker och möjligheter att påverka

Bakom de redovisade skillnaderna i kulturkonsumtion mellan högutbildade och lågutbildade ligger socioekonomiska faktorer. De motverkas delvis av aktiviteterna i förskola och skola.

En ambition i kulturpolitiken har varit att motverka kulturdeltagandets klassmönster, men det finns fortfarande stora skillnader i kulturanor mellan olika socioekonomiska grupper. Skillnaderna mellan socialgrupper är nästan genomgående större i högre åldrar än i lägre.

Att deltagandet i kulturlivet är möjligt att påverka visas på nationell nivå av förändringarna av barnens besöksvanor i fråga om teater och musikevenemang. Försöken med kulturstimulering inom vården har visat att det, med goda resultat, är möjligt att intressera vuxna enskilt och i små grupper. De övergripande programmen för vidgat deltagande i kulturlivet t.ex. för olika grupper av funktionshindrade har också gett viktiga erfarenheter. Olika livsmönster kräver olika metoder. Intressanta erfarenheter finns nu att ta del av från Norge. Se vidare avsnittet nedan om Nordiskt samarbete för kultur och hälsa.

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Forskning om orsakerna till lågt deltagande i kulturlivet är fragmentarisk och borde engagera fler ämnesområden t.ex. medicin, sociologi, socialpsykologi och socialmedicin eftersom det ser ut som om deltagandet är nära förbundet med socialt ursprung och med gruppens hälsoutveckling. Deltagande i kulturlivet är åtföljt av god hälsa inom alla socialgrupper men särskilt bland korttidsutbildade. Deltagandet är 2–3 gånger vanligare bland personer med lång utbildning. Forskning för att finna incitamenten till ökat deltagande särskilt bland de med kort utbildning är mot denna bakgrund angelägen.

TV-tittandet har ökat något under senare år, förmodligen på bekostnad av andra aktiviteter. Hälsokonsekvenserna av denna utveckling bör undersökas.⁴⁷ Förutom att stillasittandet vid en bildskärm är skadligt därför att den fysiska aktiviteten minskar kan givetvis andra effekter på hälsan också uppstå, t.ex. i form av skräckupplevelser som kan leda till mentala komplikationer om inga vuxna finns i närheten som kan stödja barnet. Även dessa fenomen borde bli föremål för forskning.

⁴⁷ Om 2000 Världen. Statens Kulturråd.

10.4 Befintliga mål och åtgärder

Kultur i arbetslivet

Sedan år 1988 fördelar Statens kulturråd bidrag till projektverksamhet i Kultur i arbetslivet. Urvalet av projekt görs i samråd med fackliga företrädare och bildningsförbund. Avsikten är att främja en bred kulturverksamhet med arbetsplatsen och arbetsgemenskapen som utgångspunkt. Det skall öka möjligheterna till konstnärliga upplevelser och förbättra arbetsplatsens estetiska miljö. Vidare skall det främja ett vidgat deltagande i kulturlivet och utveckla samspelet med yrkesmässigt arbetande konstnärer. Bidrag kan gå till olika konstområden. Det finns t.ex. flera teaterprojekt som tar upp stress, delaktighet, medbestämmande och känner ökad samhörighet med sina arbetskamrater. Ökad kreativitet och trivsel leder på många ställen till bättre arbetsresultat.

Den nuvarande samhällsutvecklingen har lett till att människor ställs utanför arbetsgemenskapen, t.ex. vid förtidspensionering eller arbetslöshet. Dessa personer är svårare att nå med projekt som ovanstående. Många finner sina egna vägar till kultur och annan meningsfylld verksamhet. Att nå de individer inom dessa grupper som hamnar i marginalen genom isolering, depression och missbruk är en stor utmaning för föreningsliv och kulturinstitutioner ofta i samarbete med kommunernas sociala insatser.

Landstingssatsning

Ett exempel på en lyckad landstingssatsning är Stockholm läns landstings finansiella stöd till forskningsprogrammet Kultur i vården visavi vården som kultur.⁴⁸ Kliniskt verksamma forskare med kulturinriktning har fått söka finansiellt stöd till olika forskningsprojekt. Sjuttio forskare i 40 olika projekt har under åren 1994–1998 fått finansiellt stöd med 1,8 miljoner SEK årligen. Projekten har grupperats i sju temata:

- Dans, rörelse, musik
- Funktionella hinder
- Vårdkulturer
- Audiovisuella hjälpmedel
- Livsfrågor

⁴⁸ Rapp B. *Kultur i vården visavi vården som kultur. Ett livsviktigt forskningsprogram med en tvärvetenskaplig syn på hälsa och livsvillkor i omvård och åldrande*. Stockholms Läns Museum. 1999.

- Kultur som kommunikation
- Möten i vården

En disputerad forskare har administrerat anslagen. Bl.a. har regelbundet återkommande forskarseminarier organiserats. Bland argumenten för denna satsning finns

- att projekten bidrar till ett förbättrat helhetsperspektiv i vården
- att det därigenom kan bidra till förbättrad kostnadseffektivitet
- att det ger underprivilegierade grupper förbättrad livskvalitet i vården

Till detta kan läggas att aktiviteter av denna typ även kan förbättra arbetsglädjen för personalen.

Tillgång till kultur för personer med funktionshinder

Sedan år 1998 arbetar Kulturrådet med ett särskilt uppdrag avseende handlingsprogram för funktionshindrades tillgång till kultur. Kulturinstitutioner som länsteatrar, länsbibliotek och läns museer kan söka medel liksom lokala, regionala och nationella organisationer, landsting och kommuner. Projekten kan avse verksamhet inom olika kulturområden, gärna i samverkan regionalt eller lokalt. De bör ha långsiktiga effekter och fungera som goda exempel för andra, t.ex. genom att öka kunskaperna om funktionshindrades behov inom kulturområdet, förbättra samarbetet mellan olika aktörer, pröva nya metoder som går ut på att göra kulturen tillgänglig för personer med funktionshinder. I praktiken visar det exempel på en strategi för en målgrupp, som inom sig visar stor variation. Många av erfarenheterna från de olika projekten kommer att vara till gagn också för en större allmänhet:

Handlingsprogrammet omfattar fem delområden.

1. Kultur i vård och omsorg
2. Kulturinstitutionerna
3. Folkbildning och eget skapande
4. Litteratur, film och medier
5. Program för ökad tillgänglighet till institutioner och utbud

Nordiskt samarbete för kultur och hälsa

I Finland och Norge har sedan 1980-talet genomförts olika typer av projekt i överensstämmelse med de prioriteringar som ligger till grund för utvecklingen av den nordiska välfärdsmodellen. De finska arbetet

har tagit fasta på verksamheten vid sjukhus och vårdmiljöer och infört kultur och hälsa som delmoment vårdutbildningen. I Norge har projektet Kultur gir helse genomförts (se nedan). Sedan år 1993 verkar en nordisk samarbetsgrupp i vilken Statens kulturråd deltar tillsammans med Svenska Kommunförbundet. Gruppens målsättning är att:

- Bidra till att belysa kopplingen mellan kultur och hälsa
- Lyfta fram och synliggöra nationella och lokala idéer, projekt och initiativ
- Verka för att kulturkunskap ingår i hälso- och vårdutbildningar på alla nivåer
- Verka för att främja forskning om sammanhang mellan kultur, hälsa och livskvalitet
- Verka för att kultur och hälsa blir en viktig del av folkhälsoarbetet i de nordiska länderna

Gruppen har i sin konferensverksamhet också kontakter med de baltiska länderna där situationen är än mer eftersatt. Nordiska rådet har inarbetat kultur och hälsa som tvärssektoriellt tema i sitt arbetsprogram.

Rapport från det norska projektet Kultur gir helse

Det norska projektet Kultur gir helse har som huvudmålsättning haft att stärka lokalsamfundets och kommunernas insatser i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet ute i samhällslivet och att stimulera till ökad medvetenhet och positiva attityder till kultur i ett hälsoperspektiv. Medverkan från medborgarna själva har varit ett viktigt led. Ett brett samarbete med frivilligorganisationer och föreningsliv har genomförts. Den kulturella dimensionen i livet som ett överordnat perspektiv för uppväxt, utbildning, arbetsmiljö har varit ledstjärna. I den utvärdering som nu föreligger har man sökt visa sammanhangen mellan kultur och hälsa både på individnivå och i de fylken, kommuner och stadsdelar som deltagit i programmet.

Norsk kulturråd har ansvaret för samordning av det landsomfattande femåriga projektet Kultur gir helse med medel från både kultur- och social- och hälsodepartementen. Slutrapporten har publicerats i juli 2000.⁴⁹

Kultur gir helse har varit ett exempel på ett instrumentellt bruk av kulturen, dvs. att kulturverksamhet och kulturuttryck används för att

⁴⁹ Baklien B og Carlsson Y. Helse og kultur. *Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur og helsefremmende virkemiddel*. NIBR Prosjektrapport Oslo 2000:11, 2000.

uppnå mål utanför det traditionella kulturfälten. Sådant kan föra till legitimitetsproblem då det bryter med kultursektorns traditionella sätt att närma sig sina brukare – publiken – liksom den sociala sektorns sätt att närma sig sina brukare – patienten eller klienten.

Brukarmedverkan var en målsättning och målgrupperna har varit många och med skiftande sammansättning och tillgänglighetsgrad.

Evalueringen visar hur genomförande av kulturverksamhet förutsätter kunskap, motivation och kapacitet i omsorgssektorn och bland dem som arbetar i kulturinstitutioner och kulturförvaltningar. Framför allt har öppenheten varit stor vid dagcentra och rehabiliteringscentra där man redan är inställd på olika aktiviteter. Projektet har också haft inverkan på s.k. strukturnivå. Flera kommuner visar på ett perspektivskifte vad gäller att öppna sig för samarbete mellan personer, institutioner och resursanvändning. I ett längre perspektiv är det just det skiftet som kan få konsekvenser sedan ett visst projekt är genomfört. Men det måste hela tiden anges både ekonomiska, hälsorelaterade och etiska argument för att ge politisk acceptans. Troligtvis förutsätter det en kontinuerlig diskussion på flera arenor mellan olika aktörer för att få större genomslag både på central och lokal nivå.

Socialdepartementet i Norge har fr.o.m. år 2000 åtagit sig ansvaret för uppgiften genom att tillsätta ett råd knutet till ett av de fylken som var mest aktiva i projektet och som nu erhåller vissa medel för en samordnande nationell roll.

De kulturpolitiska målen

Aktivt deltagande i kulturlivet har samband med hälsa. Ett ökat deltagande särskilt från utsatta grupper skulle sannolikt medföra en bättre och mer jämlik hälsa i befolkningen. Det är en rimlig målsättning att var och en, oavsett funktionsförmåga, ålder, kön, utbildning eller födelseland, har tillgång till ett levande kulturliv och brett kulturutbud. Det är också i linje med vårt lands åtaganden gentemot FN och UNESCO, och det finns tydligt uttryckt i våra nationella kulturpolitiska mål. Särskilt målet om ett vidgat deltagande i kulturlivet har en direkt relevans för hälsopolitiken.

Riksdagen beslutade i december 1996 om nya mål för kulturpolitiken. Målen är nationella. Kulturpolitiken skall:

- värna yttrandefriheten och skapa reella förutsättningar för alla att använda den,
- verka för att alla får möjlighet till delaktighet i kulturlivet och till kulturupplevelser samt till eget skapande,

- främja kulturell mångfald, konstnärlig förnyelse och kvalitet och därigenom motverka kommersialismens negativa verkningar,
- ge kulturen förutsättningar att vara en dynamisk, utmanande och obunden kraft i samhället,
- bevara och bruka kulturarvet,
- främja bildningssträvanden, främja internationellt kulturutbyte och möten mellan olika kulturer inom landet.

10.5 Bedömning

Flera slutsatser kan dras av den genomgång av kulturfrågor i relation till hälsa som har redovisats. En första är att de kulturpolitiska målen bör fördjupas med avseende på hälsoaspekter. En andra är att forskningen om kultur och hälsa bör förstärkas så att underlaget för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan förbättras.

Alla, oavsett funktionsförmåga, ålder, kön, utbildning, bostadsort eller födelseland, bör ges reell tillgång till de kulturaktiviteter, som är hälsofrämjande och rehabiliterande.

Det är viktigt att alla medborgare ges möjlighet att ta del av kulturlivet i full omfattning och på lika villkor. För att åstadkomma detta bör institutionerna för kultur, utbildning, folkbildning, fritid, folkhälsa, sjukvård och omvårdnad samverka. Det är särskilt angeläget att bibringa barn och ungdomar intresse för olika kulturaktiviteter eftersom det ökar deras kreativitet och förmåga till koncentration. Goda resultat har också uppnåtts genom s.k. kulturstimulering av äldre. Också där har hälsoeffekterna varit påtagliga med minskad stress och ökad förmåga till samling och flexibilitet. Även positiva fysiologiska effekter har kunnat registreras. Viktiga aktörer i detta arbete är inte bara kommuner och landsting utan också folkrörelserna och folkbildningen som med sina vida kontaktnät kan hjälpa till med att skapa intresse för kultur i olika former.

Här finns också en möjlighet att minska problemet med socioekonomiska skillnader i hälsa. Eftersom kulturkonsumtionen är olika i olika socialgrupper bör ansträngningarna att föra ut kulturutbudet till personer i lägre socialgrupper kunna ge utjämnningseffekter.

Följande är särskilt angeläget när det gäller tillgång till hälsofrämjande kulturaktiviteter:

- Kulturverksamhet på förskolor, skolor och arbetsplatser, som är hälsofrämjande och rehabiliterande, bör regelmässigt ingå i arbetet där.

- Personer som bor i särskilda boendeformer bör ges reell tillgång till hälsofrämjande och rehabiliterande kulturaktiviteter.
- Skärningsfältet kultur – hälsa bör, i särskild ordning, beaktas inom alla politikområden centralt, regionalt och lokalt.
- Folkbildningens möjlighet att anordna kulturaktiviteter för alla samhällsgrupper bör tillvaratas.

Boende på institutioner skall tillförsäkras del i olika former av kulturaktiviteter.

Mot bakgrund av den betydelse kulturinsatserna har för folkhälsan bör musik, bildkonst, teater, läsning etc. finnas med i all vårdutbildning.⁵⁰ Detta är inte minst viktigt eftersom det finns ett starkt positivt samband mellan deltagande i olika kulturaktiviteter och hälsa.

Kulturell stimulans genom bibliotek, psykodrama, konstterapi, bildterapi och musikterapi bör därför användas i ökande grad eftersom goda rehabiliteringsresultat har uppnåtts när det gäller bearbetning av traumatiska problem eller för att nå förståelse och insikt i människors egna problembild.

Det betyder bl.a. följande:

- Teater, bildkonst, musik etc. bör komma till användning i behandling och rehabilitering av personer som får vård eller behandling inom sjukvården eller inom kriminalvården.

När det gäller forskning är det angeläget att incitament till ett ökat deltagande i kulturaktiviteter undersöks, särskilt med avseende på personer med kort utbildning. Deltagandet är 2–3 gånger mindre vanligt bland personer med kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning.

⁵⁰ Kulturdepartementet. *En strategi för kultur i skolan* (Ds 1998:58) Stockholm, 1998.

11 Tandhälsa¹

11.1 Inledning

Studier från kranier från stenåldern/järnåldern visar att den tidens tandhälsotillstånd faktiskt var gott, betydligt bättre än idag. Förklaringen står att finna i födan. Rötter, segt kött och hårt bröd gjorde att tänderna fick arbeta mer än idag för att krossa födan, vilket innebar ökad salivgenomströmning och bättre renhållning av tänderna. Genom årtusendena har människors intag av söta produkter varit lägre än vad de är idag. Det har hjälpt till att hålla kariesaktiviteten på en lägre nivå.² Tandhälsan försämrades avsevärt på 1800-talet i och med den ökande urbaniseringen. Den tekniska utvecklingen inom denna period medförde också en ändring av kosthållet och ett ökat användande av raffinerade sockerarter (sötsaksätande). Under 1900-talet steg kariesförekomsten markant i Sverige och blev en folksjukdom som omfattade så gott som hela befolkningen.³

En lag om folktandvård infördes år 1939 och redan dessförinnan hade skoltandvård etablerats i flera svenska städer. Men även om lagen fanns var det inte förrän en bit in på 1940-talet som ett tandvårdssystem var etablerat i Sverige. I vissa delar av landet dröjde det ända till efter tandvårdsreformen 1974 innan tandläkarbristen var hävd, så att även kliniker i glesbygd kunde ge service till befolkningen. Först år 1976 fick vi en lag om avgiftsfri tandvård för alla barn och ungdomar.

Under 1970- och 1980-talen byggde tandvårdsmodellen för barn och ungdom på årliga undersökningar med starka inslag av förebyggande åtgärder där behandlingar i form av fyllningar liksom behandling för felställningar av tänder utfördes. Det förebyggande arbetet var framför allt kollektivt där vissa delar som information vid BHV och i skolor gjordes tillgängliga för alla medan annat förebyggande arbete utfördes

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat.

² Almgren M, Filipsson-Bethanis U. *Tanden i tiden*. Examensarbete, Odontologiska institutionen, Karolinska Institutet.

³ SBU, *Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention*. Rapport 1997:132. Stockholm.

vid klinikerna och riktades till de med mest tandsjukdom.⁴ Det förebyggande arbetet byggde främst på tre huvudprinciper; bättre munhygien, mindre sötsaksförtäring och utnyttjande av fluor.

I dagens Sverige finns god tillgång till information om egenvård och en väl utvecklad tandvård, som dock numera subventioneras mycket lite, samtidigt som tillgången till söta produkter är stor. Det har resulterat i att god tandhälsa delvis blivit en klassfråga. Det är främst personer med lång utbildning som tar till sig av hälsoinformationen och sköter sina tänder, samt har råd att gå till tandläkaren, medan den grupp som ej kan bekosta omfattande tandläkarbesök också är den som konsumerar mest karieogena produkter som snabbmat, läsk och godis.

11.2 Förekomst av problem med tandhälsan

11.2.1 Tandhälsa hos barn och ungdomar

Sedan flera decennier har Sverige, liksom de flesta industrialiserade länder, en minskande förekomst av karies bland barn och ungdomar. När kariessjukdomen har minskat har den samtidigt uppvisat en ökande snedfördelning där en stor grupp har mycket lite eller ingen sjukdom och en mindre grupp har hög förekomst av tandsjukdom.

Socialstyrelsen har sedan år 1985 följt utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar genom sammanställningar av uppgifter från tandvårdshuvudmännen. Av en redovisning i juni 1999 framgår att andelen barn och ungdomar som är kariesfria har ökat i alla åldersgrupper. Det finns dock stora skillnader i kariesförekomsten hos förskolebarnen mellan de olika landstingen.

Barn till föräldrar med invandrarbakgrund och barn till korttidsutbildade föräldrar, har oftare hål i tänderna än andra barn. Socialstyrelsen och Stockholms läns landsting visar i var sin undersökning att god tandvård kräver fasta rutiner. Socialstyrelsens studie bygger på intervjuer med föräldrar till 5 000 barn i åldersgruppen 3–15 år.⁵ I Stockholms läns landstings studie visades att 70 procent av sjuåringarna i ett socialt utsatt område som Alby hade hål i tänderna, jämfört med 20 procent av barnen från exempelvis ett höginkomstområde som Bromma.⁶

⁴ Redovisningen bygger på skriftlig information från Carina Källestål, odont.dr. Umeå Universitet.

⁵ EpC, Socialstyrelsen, *Opublicerad undersökning 2000*. Stockholm.

⁶ Stockholms läns landsting, *Tandhälsa – verksamhetseffekter ur ett befolkningsperspektiv*. Rapport 1999:16. Stockholm.

11.2.2 Tandhälsa hos vuxna

I fråga om vuxnas tandhälsa konstateras att det inte finns någon riktäckande undersökning av de vuxnas tandstatus under 1990-talet. Från SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden kan dock uppgifter hämtas om hur stor del som uppger att de saknar egna tänder, dvs. är helt tandlösa. I åldersgrupperna 16–74 var denna andel 15,4 procent år 1975. Andelen hade minskat till 3,4 procent vid undersökningen under åren 1996–97. Detta mått på tandhälsa visar på en mycket markant förbättring.

I en studie utförd på ett slumpmässigt urval av befolkningen i Stockholms län framgår att av hela den vuxna befolkningen har något mer än en tredjedel haft besvär från mun och tänder under det senaste året. Det gäller kvinnor något mer än män. Andra studier har visat en likartad tendens för hela Sverige. Samma studie visar att av kvinnor i arbetaryrken har 41 procent besvär med tänderna mot 26 procent av män i tjänstemannayrken. Exempelvis kan högre tjänstemän förväntas ha egna tänder tolv år längre under sin levnad än arbetare. Allra mest sårbara är de grupper som står utanför arbetslivet. Ungefär tre fjärdedelar av alla tillfrågade har besökt tandläkare under det senaste året – kvinnor något mer än män och tjänstemän något mer än arbetare. Kvinnor i arbetaryrken har inte besökt tandläkare i större utsträckning, trots att de har väsentligt mer besvär än vad män i tjänstemannayrken har. En alarmerande trend är att yngre personer uppvisar en avtagande tendens till tandläkarbesök.⁷

Många patienter tycker att de inte blir tagna på allvar när de söker för besvär som de relaterar till amalgam. Socialstyrelsen har av den anledningen gett ut allmänna råd för bemötande och utredning av patienter med sådana besvär. I de allmänna råden framhåller Socialstyrelsen att även om en säker förklaring till besvären inte kan ges så är patienternas besvär verkliga och skall tas på allvar. De allmänna råden har tagits fram av en arbetsgrupp med medicinska experter. I arbetet har även deltagit representanter för Tandvårdsskedeförbundet samt Sveriges Tandläkarförbund.⁸

Problemen med tobak och tandhälsa beskrivs under ett särskilt avsnitt.

⁷ Dagens Nyheter, Svanström L, Klinge B, *Tänderna har blivit en klassfråga*. 2000-11-22.

⁸ Socialstyrelsen, *Bemötande av patienter som relaterar sina besvär till amalgam och elektricitet*. SOSFS 1998:3.

11.2.3 Tandhälsa hos invandrare

En grupp som har betydligt sämre tandhälsa än den svenskfödda befolkningen är invandrare, vilket beskrivs i kommitténs underlagsrapport nr 13, Folkhälsa och integration.

Undersökningar av tandhälsa hos personer som invandrat och särskilt flyktingar visar tydligt att tandhälsan är sämre hos såväl barn och ungdomar som vuxna jämfört med den svenskfödda befolkningen.

Av resultaten i studien om levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper⁹ framgår att det endast är en mindre andel som uppger att de besökt tandläkare eller tandhygienist under de senaste åren. Jämfört med den svenskfödda befolkningen går personer som invandrat mer sällan till tandläkare.

11.2.4 Tandhälsa hos äldre

Allt fler äldre har sina tänder i behåll, vilket ökar behovet av tandvård. Det finns ett välfärdsdilemma i att en utbyggd tandvård och en allmän tandvårdsförsäkring medfört att allt fler personer över 65 år har sina naturliga tänder i behåll.¹⁰ Dessa tänder är försedda med många fyllningar samt artificiella kronor och broar. För dessa krävs både förebyggande tandvård och reparationer. Tidigare hade de äldre i stor utsträckning avtagbara proteser som krävde väsentligt mindre av förnyad tandvård.¹¹

Socialstyrelsen har i en rapport om tandvård för äldre fokuserat kring munvårdens problem för de äldsta och de ca 124 000 individer som vistas på de olika enheterna för särskilt boende i kommunernas äldreomsorg. Av dessa är idag ca 70 000 dementa. Därtill kommer andra äldre med olika sjukdomar som gör att de inte själva kan klara munvården. En fråga som ställs i rapporten är hur munvården skall skötas i framtiden för sjuka äldre när de i allt större utsträckning har sina egna tänder i behåll. I rapporten föreslås att vårdpersonal av alla kategorier får kunskap hur man bäst hjälper de äldre med munvården. Det förebyggande arbetet är av stor betydelse eftersom de permanenta tandskador som annars kan uppkomma kan förorsaka stort lidande och stora kostnader. I rapporten ställs frågan hur tid för det förebyggande

⁹ Socialstyrelsen (1998): *Levnadsförhållanden hos fyra invandrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet. Invandrarprojektet – rapport nr 1998:1. Invandrares levnadsvillkor 1*. Stockholm.

¹⁰ Avgifterna för tandvård har ökat under senare år. Detta behandlas under avsnitt 11.5.

¹¹ Socialstyrelsen (1998) *Tandvård för äldre 1998/26-016*.

arbetet skall kunna skapas inom en äldrevård som har allt större problem med att finna tid och kompetent personal att sköta alla andra behov av omvårdnad.¹²

Inom ramen för Äldreuppgdraget¹³ har behovet att uppmärksamma frågor rörande de äldres tandhälsa lyfts fram. I detta syfte initierades en kunskapssammanställning angående tandvård för äldre, vars huvudsakliga innehåll sammanfattas nedan.

Till det normala åldrandet hör en försämrad motorik som leder till att det blir svårare att ta vissa grepp med händerna likaväl som att göra de små rörelser som t.ex. krävs för en effektiv tandborstning. Risken är alltså stor att många äldre får allt svårare att på egen hand klara av sin munhygien. Många äldre har hunnit få många lagningar och ingrepp i tänderna, där bakteriebeläggningar fastnar. Förutsättningarna för äldre att hålla munsjukdomar som karies, tandköttsinflammationer och tandlossning borta kan alltså sägas vara sämre än för den yngre befolkningen. Vid sidan av att ha ont i tänderna och munnen, samt riskera att tänderna förstörs, kan även andra delar av kroppen påverkas negativt, såväl fysiskt, psykiskt som socialt av en eftersatt munhygien.

I SCB:s undersökning om svenskarnas levnadsförhållanden (ULF) år 1995 framkom att bland 55–64-åringar hade närmare 90 procent kontakt med tandvården. För dem mellan 65 och 74 år, där behoven av tandvård inte är lägre, hade siffran sjunkit till ca 77 procent. Orsakerna till en minskad tandvårdskontakt högre upp i åldrarna är flera; tandvårdskostnaderna kan vara en utgift som många i det längsta vill undvika, den tandläkare som personen tidigare haft kan ha gått i pension och tidsbeställningar skjuts upp tills akuta besvär inträffar. Ett försämrat allmäntillstånd kan också ligga till grund för att inställa tandläkarbesök. En kategori som också försvinner från tandläkaren är de som drabbats av demenssjukdom och i ett första stadium inte vet om – eller när – de har varit hos tandvården.

I en studie utförd i Västerås – bland 364 personer som arbetade inom äldreomsorgen – svarade 42 procent att de kände motstånd mot att borsta de äldres tänder. Vid en rangordning av olika omvårdnadsaktiviteter bedömde de tandborstningen som den besvärligaste. Undersökningar visar att även om tiden finns, finns inte lusten hos personalen. Ett återkommande svar från personalen var att man inte, mer än nödvändigt, skall ta uppgifter ifrån de dementa. Till dessa uppgifter hör tandborstning. Resultatet blir att den gamla – med sina många gånger dåliga förutsättningar – själv får borsta sina tänder. Någon kontroll av

¹² Socialstyrelsen (1998) *Tandvård för äldre 1998/26-016*.

¹³ Socialstyrelsen (2000) *Äldreuppgdraget slutrapport nr 2000-15-004*.

att tandborstningen är ordentligt gjord görs oftast inte. Det är dessutom svårt att bedöma vad som är godtagbar munhygien.

När den äldre behöver komma till tandläkaren blir pressen stor på personalen. Tidsutrymmet för att någon skall kunna följa de äldre och därmed vara borta en längre stund finns ofta inte, vilket inte förbättrar situationen.

11.2.5 Tandhälsa hos funktionshindrade

Tandvården kan innebära komplikationer när man har ett funktionshinder, vilket beskrivs i kommitténs underlagsrapport nr 18, Hälsa och funktionshinder. Många mediciner påverkar tandhälsan, exempelvis neuroleptika och läkemedel vid Parkinsons sjukdom och epilepsi. En del funktionshinder innebär att människor måste ha stöd av omgivningen för att sköta sina tänder. Många medelålders och äldre personer som har funktionshinder eller en kronisk sjukdom har under sin levnad tillbringat mycket tid på sjukhus och institutioner. Tidigare var tandvården ofta bristfällig för dessa patienter och för många är följden en dålig tandstatus för resten av livet.

11.2.6 Samband mellan oral hälsa och generell hälsa

Senare års forskning har påvisat samband mellan parodontit (inflammation i tandköttet som gör att tanden blir alltmer rörlig och att den utan behandling så småningom lossnar) och diabetes, låg födelsevikt/för tidig förlösning, sjukdomar i andningsorganen och stroke. Även när det gäller hjärtbesvär diskuteras ett samband med parodontit.¹⁴ Tre tänkbara förklaringar diskuteras och frågan är om de var för sig eller i kombination kan ligga bakom de observerade sambanden. Den ena förklaringen är att det finns delade riskfaktorer för de olika sjukdomarna. Det betyder att en patient som har dessa riskfaktorer löper ökad risk för flera olika sjukdomar. Den andra förklaringen kan vara att beläggningar under tandköttet fungerar som en reservoar för bakterier som sprider sig ut i kroppen. Den tredje är att stödjevävnad vid tanden fungerar som reservoar för påverkansfaktorer vad gäller inflammationer som kan strömma ut i blodet och ha en generell effekt på organismen. En fråga som också diskuteras bland forskarna – och som studeras på olika håll – är vilken roll arvet har.¹⁵

¹⁴ *Medicinsk Vetenskap* 1/00.

¹⁵ Edqvist L. *Tandläkartidningen* årg 91 nr 8, 1999.

11.3 Kunskap om orsaker

Forskningen visar sedan länge att det förutom sambandet mellan bakterier och raffinerade kolhydrater föreligger ett multifaktoriellt orsakssammanhang till uppkomsten av kariesskador. En mängd faktorer innefattande genetiska orsaker, kostvanor, socioekonomiska förhållanden och attityder har betydelse för uppkomst av kariesskador.

Saliven har en nyckelroll för att förhindra kariesskador. Detta illustreras av den snabba kariesutveckling som patienter kan få vid minskad salivproduktion efter sjukdom och medicinering som påverkar salivproduktionen.

11.3.1 Tobak och tandhälsa

En systematisk genomgång av ett stort antal olika studier om orsaker till tandlossning visar att det finns ett samband mellan cigarettrökning och tandlossning.^{16, 17}

Rökning ökar inte bara risken för att få allvarliga sjukdomar som lungcancer och hjärtinfarkt, tobaksbruk är också riskabelt för tänderna och munnen. 80 procent av all parodontit (tandlossning) som har svårt att läka finns hos rökare.

Rökning har en förrädisk effekt på tandhälsan. Det normala när tandköttet blir inflammerat är att det lätt börjar blöda t.ex. vid tandborstning eller när tandläkaren undersöker tandfickor. Men hos rökaren syns ingen sådan blödning. Det betyder att inflammation i tandköttet på grund av begynnande sjukdom döljs för patienten och i värsta fall också för tandläkaren. Förklaringen till att rökarens tandkött inte blöder, trots att det är inflammerat är nikotinet. Det får blodkärlen att dra ihop sig så att mindre blod kan passera.

Risken för en rökare att få parodontit är betydligt större än för icke-rökaren. Rökning ger ökad risk för att tandfickor utvecklas och det sker med en högre hastighet än hos den som inte röker. Därför löper rökaren större risk för tandlossningssjukdom och tandförluster. Forskningen visar också att när behandling med implantat misslyckas är patienten nästan alltid en rökare.¹⁸

¹⁶ *Community-Dent-Oral-Epidemiol.* 1999 Feb; 27(1): 16–24 Cigarette smoking and periodontitis; methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association

¹⁷ *N-Z-Dent-J.* 1999 Dec; 95(422): 118.23 An example of measurement and reporting of periodontal loss of attachment (LOA) in epidemiological studies: smoking and periodontal tissue destruction.

¹⁸ Bergström J, *Dina tänder*, maj 2000.

Även snuset ger förändringar i munnen. Snusets frätande effekt gör att det blir små sår i slemhinnan där prisen läggs in. Med tiden blir slemhinnan förhårdnad och tandköttet får ett karaktäristiskt räfflat utseende. Det blir vågigt som en tvättbräda. Snusarens tandrötter friläggs. Det finns dock ingen forskning som tyder på att snuset ökar risken för tandlossning. Förklaringen är förmodligen att snuset utövar sin skadliga verkan direkt på tandköttet där prisen ligger. När snusaren slutar brukar "tvättbrädan" i tandköttet försvinna, men däremot förblir rotytan fortfarande frilagd. Det finns inte idag forskning som visar vilka medicinska följder det har men av erfarenhet vet man att det har en kosmetisk betydelse, inte minst för yngre kvinnor. Det finns idag i Sverige en miljon snusare och enligt en undersökning gjord 1998 i Stockholms län, omfattande 6 287 pojkar, snusar 19,5 procent av pojkarna i nionde klass.¹⁹

11.4 Möjligheter att förebygga

I tandvårdslagen (1985:125) anges att målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. För att tandvården skall uppfylla kravet på god tandvård skall den "vara av god kvalitet och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder".

Hur kariesskador skall förebyggas är teoretiskt sett relativt okomplicerat. Genom information, instruktion och praktiskt förebyggande arbete har en dramatisk tandhälsoförbättring skett, inte bara hos barn utan även hos vuxna. Kontrollen av en individs kariessituation beror dock mycket på individens egen kunskap om orsakssammanhangen samt viljan och förmågan att följa givna råd.

De förebyggande åtgärderna kan inriktas på att minska effekten av orsaksfaktorer t.ex. den olämpliga kosten, rökningen eller att stärka tandytan. Då det gäller påverkan på kosten innebär detta i princip att minska antalet måltider innehållande socker och att undvika frekvent intag av sötsaker. Med hjälp av fluorbehandling av tandytorna kan motståndskraften mot syrapåverkan i tandytan väsentligt ökas.

Tandvården har gjort stora insatser genom att omsätta kunskapen om sambandet mellan kost, munhygien och fluor i praktisk prevention. I Sverige har tidigt utvecklats program där dessa kunskaper har tagits till vara redan från BHV, upp genom förskoleåldern, skolåldern och senare även för vuxna.

¹⁹ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). *Skolelevers drogvanor*. 1998.

Det systematiska tandhälsovårdsarbetet, där utnyttjandet av forskning och tidigare erfarenheter har skett, är ett bra exempel på att förebyggande arbete är effektivt och lönsamt både för samhälle och individ. Förekomsten av karies har minskat dramatiskt under de senaste 30 åren. Denna förbättring kan till stor del tillskrivas användningen av fluortandkräm.²⁰

Den hälsoförbättring som skett har medfört att individerna har fler egna tänder kvar högt upp i åldrarna och att behovet av proteser och omfattande tandläkararbeten radikalt har minskats.

Inom äldreboendet är det angeläget att förebygga att tandskador uppstår eller förvärras för personer som inte själv kan sköta sin tandhygien. Tandläkare/tandhygienist kan göra en bedömning av den äldres tandhälsa när den äldre flyttar till äldreboende så att förebyggande åtgärder kan sättas in tidigt och därigenom svårare, dyrare skador kan undvikas.

11.4.1 Förebyggande arbete avseende tobak och tandhälsa

Tandvårdens stora erfarenhet av förebyggande arbete och stora kontaktyta med i stort sett hela befolkningen gör den till en utmärkt arena för övrig förebyggande verksamhet som t.ex. rådgivning för att sluta röka.

70 procent av alla vuxna i åldern 20–65 besöker årligen tandvården och 88 procent inom en tvåårsperiod. Detta innebär att tandvården har kontakt med vuxna rökare och snusare innan de har blivit sjuka av sitt tobaksbruk.

Effekter av tobaksbruk kan ses i munnen och är lätt påvisbara för patienten.

11.5 Utvecklingstendenser

Landstingen har som huvudmän prövat nya organisationsformer där privata tandläkare kontrakterats för att utföra barn och ungdomstandvård. Under 1990-talet har också den interna arbetsorganisationen inom tandvården förändrats så att allt mer av verksamheten utförs av sköterskor och hygienister under ledning av tandläkare. En ny tandvårdsmodell har införts där vård och förebyggande arbete utförs efter en individuell riskbedömning. Detta har lett till att de tidigare årliga

²⁰ Sveriges Tandläkarförbund, skriftlig uppgift 2000-09-28.

undersökningarna har ersatts av individuellt anpassade undersökningsintervall.

Dessa förändringar av organisation, finansiering och av vårdmodell har genomförts på olika sätt inom de olika huvudmannaområdena. Idag kan de flesta patienter beredas ett fritt val av vårdgivare även inom barn- och ungdomstandvården. Den så kallade högriskstrategi som används inom tandvården innebär att patienter erbjuds förebyggande vård i olika omfattning beroende av risk för karies.

En intervjuundersökning som Socialstyrelsen genomfört i fyra landstingsområden²¹ visar att 88 procent av individer i åldrarna 20–65 år uppger att de besökt tandläkare under den senaste tvåårsperioden. Detta gäller både vid en undersökning år 1997 och vid en upprepad undersökning år 1999. Vid bägge undersökningarna uppgav 35 procent att de besökt en tandhygienist under en tvåårsperiod.

Det fanns tre grupper som hade lägre besöksfrekvens än övriga och det gällde de som varit arbetslösa, de som uppburit socialbidrag under de senaste 12 månaderna samt de som hade låg hushållsinkomst.

Under åtskilliga år har barntandvården betraktats som en angelägenhet enbart för den offentliga tandvården. Situationen förändras nu snabbt i riktning mot valfrihet för patienten beträffande vårdgivare. Vilka utmaningar och eventuella problem detta kan medföra är oklart. Bör t.ex. mål och kvalitetskrav preciseras så att patienten kan känna sig trygg oavsett vilken vårdform hon väljer? Finns risk för att den förebyggande inriktningen eftersätts? Det är några frågor som är viktiga.

11.5.1 Kostnader för tandvård

Statens kostnader för tandvårdsförsäkringen var 3,7 miljarder kronor år 1990 för att sedan minska till 1,8 miljarder kronor år 1998 på grund av förändringar i tandvårdsförsäkringens ersättningsregler. Enligt flera undersökningar har kommunernas ekonomiska bistånd till tandvårdskostnader ökat kraftigt under de senaste åren.

För barn och ungdom upp till 19 år är tandvården kostnadsfri.

De som har någon insats enligt LSS kan få del av landstingets tandvård. Den räknas då som sjukvård och ingår i högkostnadsskyddet.

Enligt Socialstyrelsens intervjuundersökning i fyra landstingsområden har de personliga utgifterna för tandvård ökat markant på senare år. År 1999 uppgav 37 procent att de haft en utgift det senaste året på högst 1 000 kronor medan 27 procent hade haft en utgift på mellan 1 000 och 7 000 kronor.

²¹ Socialstyrelsen, *Tandvård i fyra län. En intervjuundersökning*. 1999.

Av en studie i Stockholms län framkommer att 17 procent av invånarna inte går till tandläkaren av ekonomiska skäl. Det finns skillnader mellan män och kvinnor. Totalt har av kvinnor i arbetaryrken 25 procent avstått mot bara 8 procent av män i tjänstemannayrken. Mer än dubbelt så många arbetare (22 procent) som tjänstemän (10 procent) har avstått från tandvård. Ur ett folkhälsoperspektiv är det särskilt oroande att yngre grupper förändrar sina tandvårdsvanor. Det är en grupp där förebyggande av tandsjukdomarna varit särskilt framgångsrik.²²

11.5.2 Uppsökande tandvård

Nya regler för tandvårdsstöd till äldre och funktionshindrade gäller fr.o.m. år 1999. Dessa innebär att landstingen har ett ansvar för att i kommunerna ordna uppsökande tandvård till bl.a. dem som omfattas av den kommunala äldreomsorgen. Vård- och omsorgspersonal erbjuder information om betydelsen av den dagliga förebyggande vården för patienternas mun- och tandhälsa samt individuell handledning, när en patient på grund av sjukdom eller funktionshinder inte själv kan sköta munhygien. Det åligger kommunerna att finna de personer som behöver hjälp med tandvård.

Den uppsökande tandvården skall omfatta munhälsobedömning och förslag till hur individen skall få hjälp med den dagliga munvården. Detta är avgiftsfritt för individen. Behövs tandvård skall individen kunna få nödvändig tandvård utförd för de avgifter som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården.²³

I en uppföljning av tandvårdsreformen²⁴ konstaterar Landstingsförbundet att reformen inte hade nått full verkan under år 1999. Det föreligger också stora skillnader mellan landstingen hur långt man har kommit i implementeringsarbetet.

Antalet personer som är aktuella för den uppsökande verksamheten har uppskattats till 195 000 personer. Under år 1999 har ca 33 000 personer blivit uppsökta av tandvårdspersonal. Sammantaget är det dock för tidigt att värdera effekterna av tandvårdsreformen för de äldre och vilken betydelse den har för den enskilde och för äldreomsorgen.

²² Dagens Nyheter, Svanström L, Klinge B, a.a.

²³ <http://www.sos.se/sos.laginfo/tandvard.htm>

²⁴ Landstingsförbundet, *Uppföljning av tandvårdsreformen avseende år 1999*. Rapport 456/00.

11.6 Forskningsbehov

De största behoven av forskning bedöms finnas beträffande studier som relaterar allmän hälsa till oral hälsa. Vidare behövs forskning om

- orsaker till tandsjukdom
- oral hälsa hos invandrare, särskilt barn och ungdom
- oral hälsa hos äldre, särskilt vårdberoende
- oral hälsa och tobaksbruk, såväl cigarrettrökning som snusning

Dessutom behövs kartläggningar av den orala hälsan genom epidemiologiska studier och utvärderingar av effekten på den allmänna tandhälsan av de förändringar som infördes i tandvårdsförsäkringen 1999.

11.7 Bedömning

Den nuvarande utvecklingen med kraftigt ökade kostnader för den enskildes tandvård och ett svagt högkostnadsskydd är ett orostecken för en jämlik tandhälsa.

Tandvården bör användas för ökade insatser när det gäller förebyggande tandhälsa och för information om tandvård.

Särskilda insatser bör göras för att erbjuda barn till föräldrar med invandrarbakgrund och barn i utsatta områden ofta återkommande tandvård.

Information bör nå alla äldre om betydelsen av förebyggande tandvård.

All vårdpersonal bör i sin grundutbildning få kunskap om sambandet mellan oral hälsa och allmäntillståndet hos åldrande patienter.

Tandvården har stor erfarenhet av förebyggande arbete och en stor kontaktyta med i stort sett hela befolkningen. Tandvården bör därför användas som en arena för allmänt förebyggande verksamhet som t.ex. rådgivning för att sluta röka.

Landsting och kommuner bör känna ett ansvar när det gäller att fortbilda vårdpersonalen vad avser munvård och skötsel av tänderna.

Utmaningar till tandvården är mot bakgrund av ovanstående att

- utveckla rollen som folkhälsoaktörer utifrån det faktum att tandvården möter i princip hela befolkningen,
- analysera sambanden mellan oral hälsa och allmän hälsa och utveckla kunskapen inom detta område,
- använda personal med kunskaper i olika "invandrarspråk" för att nå invandrare, framför allt barn, med information om tandhälsa.

För landstingen är utmaningen att

- skapa ekonomiskt och tidsmässigt utrymme för tandvårdspersonal att handleda personal inom äldreomsorgen.

För kommunerna är utmaningen att

- ordna god munvård och tandvård för äldre både i eget boende och särskilda boendeformer.

12 Ätstörningar¹

Ätstörningar är en relativt vanlig sjukdom i Sverige. Ätstörningar är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män. I Sverige lider ungefär 5 procent av kvinnorna mellan 13–40 år av någon form av ätstörningar.² Ätstörningar har ofta allvarliga konsekvenser för den drabbade, såväl psykiskt som fysiskt. I vissa fall kan även sjukdomen leda till döden. Ätstörningar resp. psykisk sjukdom i kombination med alkohol- eller narkotikamissbruk är de psykiatriska diagnosgrupper som har högst dödlighet.³

Det finns olika typer av ätstörningar. De mest kända är anorexia nervosa och bulimia nervosa. Det finns även andra typer av ätstörningar som inte fullt ut uppfyller de diagnostiska kriterierna för de ovanstående sjukdomarna, dessa brukar gå under samlingsnamnet UNS (Utan Närmare Specifikation) där bl.a. "binge eating disorder" (hetsättningsstörning) ingår.

12.1 Olika typer av ätstörningar

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa är ingen ny diagnos. Den första kända diagnostiseringen är från slutet av 1600-talet.⁴ Anorexia nervosa innebär att man har en sjuklig skräck för att bli överviktig trots att personen i fråga är

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat.

² Engström I. Epidemiologiska studier av ätstörningar. I: *Forskning om ätstörningar – en vetenskaplig kunskapsöversikt*. Rapport från Vårdalstiftelsens och Medicinska forskningsrådets initiativgrupp för anorexi-/bulimiforskning. Stockholm. Vårdalstiftelsens rapportserie Nr 1 1999. Kompletterande information har erhållits vid en telefonintervju 2000-08-09 med Ingemar Engström.

³ Harris EC & Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1998, 173: 11-53

⁴ Norring C. Ätstörningar – vad vet vi idag. I: *Ett liv av vikt, Goda exempel – dokumentation av en konferens*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1999:26

underviktig. Personer med anorexia nervosa har även en störd kroppsupplevelse vilket innebär att självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikt och kroppsform samt att personen förnekar allvaret med sin låga kroppsvikt. Hos kvinnor innebär sjukdomen att menstruationen upphör.⁵

Bulimia nervosa

I likhet med anorexia nervosa innebär bulimia nervosa att den drabbade har en sjuklig skräck för att bli överviktig. Det som skiljer sjukdomarna åt är att den som lider av bulimia nervosa får regelbundna attacker där personen förlorar kontrollen och hetsäter. Detta innebär att den drabbade äter onormalt stora mängder med mat som personen sedan gör sig av med genom t.ex. kräkning eller missbruk av laxermedel.

Den som lider av bulimia nervosa går ofta inte ned i vikt utan kan behålla sin normalvikt. Detta innebär att dessa fall ofta är svårare för omgivningen att upptäcka än anorexia nervosa.

Hetsätningsstörning (binge eating disorder) och andra typer av ätstörningar utan närmare specifikation (UNS)

Hetsätningsstörningar innebär att personen får hetsätningsattacker på samma vis som vid bulimia nervosa. Skillnaden mellan de olika tillstånden är att den som lider av hetsätningsstörningar inte kompenserar sina attacker genom t.ex. kräkning. Hetsätningsstörningar är vanliga bland gravt överviktiga personer. Ungefär 30–40 procent av gravt överviktiga lider av en hetsätningsstörning.⁶ Exempel på andra typer av ätstörningar utan närmare specifikation är självsvält utan utebliven menstruation hos kvinnor och normalviktiga personer som regelbundet använder sig av kompensatoriskt beteende, t.ex. kräkning, efter att endast ha ätit små mängder mat.⁷

⁵ Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1999:7

⁶ Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. a.a.

⁷ Norring C. *Ett liv av vikt, Goda exempel – dokumentation av en konferens*. a.a.

12.2 Förekomst av ätstörningar och tendenser

Det saknas heltäckande sammanställningar över hur många som drabbas av ätstörningar i Sverige. Uppskattningar som gjorts pekar på att prevalensen (hur vanlig sjukdomen är) av anorexia nervosa hos unga kvinnor är ca 0,2–0,4 procent, anorexia nervosa är ca 10 gånger vanligare bland kvinnor än bland män. Incidensen (hur många nya som drabbas av sjukdomen) förefaller att ligga någonstans mellan 10–40 nya fall/100 000 unga kvinnor/år. Det förefaller inte som det förekommit någon markant ökning av incidensen av anorexia nervosa sedan 1970-talet.⁸

Bulimia nervosa inkluderades i den psykiatriska klassifikationen så sent som år 1982. Av denna anledning finns det ont om material om sjukdomen. Förekomsten av bulimia nervosa bland unga kvinnor beräknas till ca 1–2 procent, och för män ca 0,1 procent. Incidensen för bulimia nervosa är osäker.⁹

Vad gäller andra typer av hetsättningsstörningar (binge eating disorder) förefaller dessa sjukdomar att vara ungefär dubbelt så vanliga som bulimia nervosa. En trolig livstidsprevalens är ca 3,2 procent vilket är dubbelt så högt som livstidsprevalensen för bulimia nervosa. Könsskillnaderna är inte lika stora vid dessa hetsättningsstörningar som för bulimia nervosa och anorexia nervosa där könsskillnaderna är ca en man på tio kvinnor. Vid hetsättningsstörningar uppskattas könsskillnaderna till en man på ca två till tre kvinnor.¹⁰

Prevalensen och incidensen för andra typer av ospecifika ätstörningar är svåra att bedöma. Anledningen är att det saknas kriterier för dessa diagnoser. Det finns inga klara kriterier om vad som är normalt ätbeteende och vad som är onormalt. De studier som gjorts tyder på att de ospecifika ätstörningarna minst är tre till fyra gånger så vanliga som de specifika ätstörningarna. Dessa siffror är dock mycket osäkra.¹¹

”Idrottsanorexi”

Ätstörningar är betydligt vanligare bland kvinnor som idrottar. Särskilt vanligt är det för kvinnor som idrottar på elitnivå. I en norsk studie fann man att 18 procent av kvinnorna som ägnade sig åt elitidrott hade

⁸ Engström I. Epidemiologiska studier av ätstörningar. I: *Forskning om ätstörningar – en vetenskaplig kunskapsöversikt*. a.a.

⁹ a.a.

¹⁰ a.a.

¹¹ a.a.

allvarliga ätstörningar, ytterligare 22 procent hade lindriga ätstörningar.¹²

Det kan finnas flera anledningar till att elitidrottande kvinnor drabbas av ätstörningar i högre grad än andra. En av förklaringarna är att det finns idrotter där en låg vikt är en fördel. Ett större problem är att det fysiska idrottsidealet är utformat efter den manliga kroppen. Det ställs krav på kvinnliga idrottare, inom t.ex. bollsporter som fotboll och handboll, från bl.a. manliga tränare att de skall ha en manlig kropp, vilket innebär lite underhudsfett.¹³

Prognos

Eftersom det saknas tillförlitliga studier av hur vanliga ätstörningar är saknas det säkra uppgifter om huruvida ätstörningar ökar. Inom sjukvården finns rapporter om ett starkt ökat antal patienter med bulimia nervosa. Det förefaller dock som incidensen för anorexia nervosa är relativt konstant över tid. Eftersom andra typer av hetsättningsstörningar saknar en allmänt erkänd diagnos saknas det uppgifter om huruvida dessa hetsättningsstörningar ökar.¹⁴

Oroande är att attityden till den egna kroppen har förändrats bland unga kvinnor. I en rapport om skolbarns hälsovanor från år 1998 framgår det att 57 procent av flickorna i årskurs 9 anser att de är lite eller mycket för tjocka medan endast 27 procent anser att de är lagom. I samma undersökning framgår det att 19,5 procent flickorna i årskurs 9 har ett stort ätbeteende. Enligt undersökningen betyder det att de lider av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller av ätstörningar utan närmare specifikation. I en liknande undersökning från år 1971 framgår det att endast 26 procent av flickorna i årskurs nio ansåg sig vara för tjocka. Det förefaller som om andelen unga flickor som anser sig vara för tjocka har ökat konstant under de senaste 30 åren. Det förefaller även som om flickor och unga kvinnor har blivit mer benägna att banta.¹⁵ I vilken mån en faktisk ökning av flickornas genomsnittliga vikt under

¹² Sundgot Borgen J. *Spiseforstyrrelser blant idrettsutøvere*. Oslo. Norges idrettshøgskole 1991.

¹³ Sundgot Borgen J. *Idrott och ätstörningar. I: Ett liv av vikt, Goda exempel - dokumentation av en konferens*. a.a.

¹⁴ Vårdalstiftelsen. *Förslag till program för stöd till forskning om ätstörningar*. Rapport från Vårdalstiftelsens och Medicinska forskningsrådets initiativgrupp för anorexi-/bulimiforskning. Stockholm. Vårdalstiftelsens rapportserie nr 2 1999.

¹⁵ Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. a.a.

perioden har betydelse för upplevelsen av att vara tjock och att känna behov av att banta är oklart.

Den förändrade attityden till den egna kroppen kan tyda på att vi kommer att se en ökning av ätstörningar i framtiden om denna trend inte bryts. Flera studier visar att även flickor i mellanstadiet i allt högre grad är missnöjda med den egna kroppen och önskar att bli smalare. Det är bland dessa unga flickorna på mellanstadiet som man finner den största ökningen av flickor som önskar bli smalare.¹⁶

12.3 Orsaker och möjlighet att påverka utvecklingen

Orsakerna till att ätstörningar uppkommer är komplicerade och sammansatta. Att en person drabbas av ätstörningar beror troligen på en kombination av biologiska, sociala, psykologiska och kulturella komponenter. Det finns även stora individuella skillnader hos personer med ätstörningar vilket innebär att en förklaringsmodell som är tillämplig för en person inte kan användas för en annan.

Att unga kvinnor är särskilt sårbara för ätstörningar kan delvis vara kopplad till att unga kvinnors biologi är särskilt sårbar för de påfrestringar som t.ex. bantning innebär. Det finns även studier som visar att ätstörningar till viss del kan ha genetiska förklaringar.¹⁷

Den traditionella syn som finns i samhället på kvinnlighet och feminint beteende kan även påverka utbredningen av ätstörningar hos unga kvinnor. En negativ självbild kan antas öka sårbarheten för ätstörningar.¹⁸

Under senare år har flera debattörer satt fokus på de skönhetsideal som råder i dagens samhälle. Skönhetsidealen bär enligt dessa debattörer skuld till en stor del av ätstörningarna. I dam- och ungdomstidningarna framhävs ofta väldigt smala kvinnor, som få kan identifiera sig med, som ett skönhetsideal. Detta tillsammans med en ökad fixering vid kroppslig skönhet leder till att unga kvinnor och flickor inte känner sig nöjda med sin egen kropp.¹⁹

¹⁶ a.a.

¹⁷ Vårdalstiftelsen, *Förslag till program för stöd till forskning om ätstörningar*. a.a.

¹⁸ Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. a.a.

¹⁹ a.a.

Andra skäl till att främst flickor och unga kvinnor drabbas kan vara att dagens skönhetsideal gör det svårt för flickor och unga kvinnor att acceptera att deras fettlager ökar till det dubbla under puberteten.²⁰

Det har tidigare spekulerats i att orsaken till anorexia kan bero på speciella störningar i familjerelationerna. Senare studier har dock konstaterat att det saknas stöd för att anorektiker skulle ha en speciell familjesituation. Däremot kan störda familjerelationer i vissa fall vara bidragande till utvecklandet av ätstörningar.

Hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt

Eftersom ätstörningar ofta har en komplex bakgrund där orsakerna varierar mellan olika individer är problemen svåra att förebygga. Det råder idag en debatt bland forskare och andra professionella inom området om huruvida den främsta metoden att minska ätstörningar hos framför allt unga kvinnor är ett förebyggande eller ett hälsofrämjande förhållningssätt.

En del forskare menar att förebyggande arbete i den form som vanligen bedrivs inom folkhälsoarbete inte har någon positiv effekt på incidensen av ätstörningar. Exempel på sådant arbete för att förhindra ätstörningar är t.ex. samtal i skolan med elever om ätstörningar eller att man delar ut informationsmaterial till flickor och unga kvinnor om ätstörningar. Enligt dessa forskare är arbetet inte alltid lyckosamt därför att information om ätstörningar och kroppsfixering kan öka barns och ungdomars fixering vid den egna kroppen.²¹

Istället för att tala om ätstörningarna som sådana skulle en mer effektiv metod vara att fokusera på den friska kroppen i dialogen med unga. Syftet med denna metod är att ge barn och ungdomar bättre självkänsla vilket skulle leda till minskad förekomst av ätstörningar. Utifrån detta perspektiv skall information om sjukdomarna främst riktas till de personer som inte är del av en riskgrupp som t.ex. skolpersonal och föräldrar och inte till ungdomar.²²

Andra forskare och professionella menar att traditionellt preventivt arbete kan ha gynnsamma effekter på utvecklingen av ätstörningar. Dessa forskare menar att personer som har ett riskbeteende behöver information om vad som är normalt ätbeteende och vad som är sjukligt ätbeteende. Det är främst äldre flickor som kan tillgodogöra sig detta.

²⁰ a.a.

²¹ a.a.

²² Børresen R. Norska erfarenheter. I: *Ett liv av vikt, Goda exempel – dokumentation av en konferens*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1999:26. Se även Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. a.a.

Från årskurs åtta och nio kan de tillgodogöra sig den typen av information. Det kan vara svårare för yngre flickor att ta till sig den typen av information.²³

En fördel med information till unga är att man därigenom kan öka andelen som söker hjälp tidigt. Det finns studier som visar att tidig vård ökar möjligheterna till en framgångsrik behandling. Om människor har kunskap om vad som är ett normalt och ett sjukligt ätbeteende är det möjligt att de som drabbas av sjukdomen är mer benägna att söka hjälp.

Det är av stor vikt att information om sunda matvanor och övervikt till framför allt ungdomar inte förmedlar ett budskap som beskriver fett som ett gift. Det är nödvändigt att man lär barn och ungdomar att fett är nödvändigt för att kroppen skall utvecklas normalt.

12.4 Forskningsbehov

Som antytts tidigare är forskningsbehoven stora rörande ätstörningar. Det finns dels behov av epidemiologisk forskning och dels behov av preventions- och promotionsmetoder.

Luckorna inom det epidemiologiska området är stora. Det finns idag inga säkra uppgifter om hur vanliga olika ätstörningar är. Vidare finns det stora behov av epidemiologisk forskning för att på ett tillfredsställande vis kartlägga vilka som drabbas av ätstörningar. Man vet att samhälleliga och kulturella faktorer har stort inflytande på utvecklandet och vidmakthållandet av ätstörningar. Det saknas fortfarande tillförlitliga uppgifter om hur dessa faktorer påverkar riskutsatta grupper.

Det finns även anledning att öka forskningen om förebyggande och hälsofrämjande metoder. Idag är kunskapsläget mycket osäkert om hur man på bästa sätt kan förebygga ätstörningar. Eftersom orsakerna till ätstörningar varierar mellan olika individer är det svårt att utveckla förebyggande metoder. Det är dock av vikt att försöken att förebygga ätstörning inte har motsatt effekt och ökar andelen med dessa störningar. Därför behövs det ytterligare forskning för att kartlägga effekterna av olika typer av åtgärder.

På grund av ätstörningars komplexa karaktär behövs ofta ett tvärvetenskapligt angreppssätt för att fylla kunskapsluckorna. Det kan därför finnas anledning att uppmuntra samarbete mellan forskare från olika discipliner som epidemiologi, samhällsvetenskap och beteendevetenskap.

²³ Wallin U. Primärpreventiv forskning. I: *Forskning om ätstörningar – en vetenskaplig kunskapsöversikt*. a.a.

12.5 Aktörer

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen presenterade 1999 en rapport med namnet *Ett liv av vikt – fem år senare*, på uppdrag av regeringen. Rapporten behandlar ätstörningar från olika perspektiv. I rapporten diskuteras främst olika metoder för att minska ätstörningar ur både ett praktiskt och ett teoretiskt perspektiv.

I dagsläget är det oklart vem som bär det nationella ansvaret för förebyggandet av ätstörningar.

Skolhälsovården har ansvar för att följa elevernas hälsoutveckling och verka för sunda vanor hos eleverna.²⁴ Vad gäller ätstörningar är det viktigt att skolpersonalen har kunskap och möjlighet att uppmärksamma de elever som riskerar att drabbas av – eller redan lider av ätstörningar.

Andra aktörer som är viktiga i arbetet mot ätstörningar är sjukvården, ungdomsmottagningarna, fritidsgårdarna, tandvården och husläkare/vårdcentraler. Dessa aktörer kommer i kontakt med barn och ungdomar i olika situationer. Dessa aktörer har möjlighet att upptäcka barn och ungdomar med stort ätbeteende.²⁵

Riksidrottsförbundet anordnade 1999 en nordisk konferens om ätstörningar. På konferensen slogs det fast att förebyggande åtgärder skall lyftas fram och att tränare och ledare skall ges information om ätstörningar.²⁶

12.6 Bedömning

Det skönhetsideal som härskar i dagens svenska samhälle påverkar förekomsten av ätstörningar negativt. Dagens mycket smala skönhetsideal sätter ofta stor press på flickor och unga kvinnor att förändra sin kropp på ett sätt som är onaturligt. De flickor som växer upp med en svag självkänsla och en negativ syn på den egna kroppen är särskilt sårbara för att drabbas av ätstörningar.

För att motverka ätstörningar behöver föräldrar, lärare, idrottsledare och sjukvårdspersonal samt andra som kommer i kontakt med ungdomar information om vikten av att förmedla ett positivt budskap om kroppen och om mat. Det är av vikt att den information som ges om övervikt och sunda matvanor inte innebär att man ytterligare ökar fixe-

²⁴ Skollagen (1985:1100) 14 kap. 1–7 §§.

²⁵ Folkhälsoinstitutet. *Ett liv av vikt – fem år senare*. a.a.

²⁶ a.a.

ringen vid ett väldigt smalt kroppsideal. Fett måste även i dessa sammanhang beskrivas som något nödvändigt för den mänskliga kroppen.

Det finns ett behov att intensifiera studier om metoder för att förhindra ätstörningar. Eftersom ämnets komplexitet försvårar förebyggande insatser är studier särskilt viktigt. För att utveckla metoder för att nå personer som är riskutsatta behövs även epidemiologisk forskning. Det råder idag oklarhet om vem som har det nationella ansvaret för att förebygga ätstörningar.

13 Genusperspektiv i nationella strategin för folkhälsan¹

13.1 Inledning

Nationella folkhälsokommittén har i sina direktiv att se till hälsa/ohälsa ur ett könsperspektiv. Av remissammanställningen på betänkandet Hälsa på lika villkor² framgår det dock att många remissinstanser anser att könsperspektivet var otillräckligt behandlat i betänkandet. Hit hör exempelvis Folkhälsoinstitutet, de politiska kvinnoförbunden, samt flera landsting och kommuner. Folkhälsoinstitutet skriver att man önskar ett "gender (genus) perspektiv som särskilt lyfter fram kvinnors hälsa". "Debatten om såväl hälsa som sjukdom har främst förts ur ett manligt perspektiv. Mäns hälsa har varit norm för såväl forskning som sjukvård. Däremot har hälsoproblem som främst drabbar kvinnor uppmärksamats i mindre grad." RFSU liksom Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige efterlyser ökad uppmärksamhet på mäns sexualiserade våld mot kvinnor.

Detta kapitel skall mot den bakgrunden utveckla vad ett genusperspektiv kan innebära för den nationella strategin för folkhälsa. Två huvudområden står i fokus:

- Innebörden av ett genusperspektiv
- Behovet av ett genusperspektiv i den nationella strategin

¹ Kapitlet är skrivet av Anne Hammarström, professor i folkhälsovetenskap vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet.

² Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella Folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet 1999. (SOU 1999:137)

13.2 Innebörden av ett genusperspektiv

Genusforskningen växte fram ur kvinnoforskningen och gemensamt för dem är att den vetenskapliga objektiviteten ifrågasätts, såsom den har definierats av den manligt dominerade akademien. Traditionella val av teorier och forskningsämnen, formulering av frågeställningar, metodval, bearbetning och tolkning av resultat har inte räckt för att ge en rättvisande bild av framför allt kvinnors situation i samhället. Därför har nya frågeställningar, teorier och metoder utvecklats.

Begreppet genus introducerades i syfte att göra en åtskillnad gentemot det biologiska könet, dvs. kromosomer, hormoner och reproduktiva organ. Genus handlar om hur män och kvinnor tolkas i olika samhällen, dvs. vad som uppfattas som manligt och kvinnligt. Det innebär att könsskillnader alltid upplevs och tolkas, så att de stämmer överens med andra kulturella värderingar som vi har. Poängen är att biologin inte utgör grunden för det vi upplever som kvinnligt och manligt. Det är snarare så att människor i olika kulturer framhäver eller betonar det biologiska könet på olika sätt, så att de passar in i just det samhällets organisation och behov. Grundtanken är att idéer om kvinnligt och manligt är socialt, kulturellt och historiskt konstruerade och därmed möjliga att förändra.³

Genusforskning är ett tvärvetenskapligt akademiskt kunskapsområde där ansatsen är relativiserande och ifrågasättande. Genusanalysen startar ofta där annan forskning slutar genom att kön/genus blir analytiska kategorier, vilket innebär att kön och genus inte tas för givet utan analyseras utifrån genusteoretiska referensramar. Genus rör inte bara enskilda individer utan genomsyrar hela samhället. I alla samhällen finns en genusordning, dvs. strukturellt organiserade relationer mellan kvinnor och män som handlar om arbetsfördelning, resursfördelning och beslutsfattande.

Genusforskningen har framför allt utvecklats inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning, där biologin ofta har lämnats därhän. Inom medicinen är det nödvändigt att genusbegreppet inte bara handlar om sociala förhållanden utan om samspelet mellan det biologiska och det sociala könet. Skillnader mellan kvinnor och män kännetecknas av ett nära samspel mellan biologiska och socio/kulturella faktorer, vilket innebär att även biologiska förhållanden behöver problematiseras utifrån ett samhällsperspektiv och en konstruktivistisk ram.⁴

³ Hammarström A, Härenstam A, Östlin P. Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I Östlin o.a. (red). Kön och ohälsa. En antologi om könsskillnader i hälsa. Lund: Studentlitteratur 1996, pp 7–28.

⁴ a.a.

Även om kön och genus är grundläggande så utgör de ingen enhetlig kategori. Kvinnor är sinsemellan olika på grund av framför allt social, kulturell och etnisk bakgrund, i-lands/u-landstillhörighet, religion, sexualitet och ålder. Detsamma gäller män. Hur alla dessa förhållanden samverkar med kategorin kön utgör viktiga analytiska problem inom genusforskningen.⁵

13.3 Behovet av ett genusperspektiv i den nationella strategin

13.3.1 Förvärvsarbete

I ett internationellt perspektiv utmärker sig Sverige av att kvinnor och män förvärvsarbetar i ungefär samma utsträckning, även om omkring hälften av kvinnorna arbetar heltid, jämfört med cirka trefjärdedelar av männen. Ett resultat av genusordningen är att kvinnor och män har olika positioner på arbetsmarknaden, vilket kan få avgörande betydelse för den könsrelaterade hälsan.

Den svenska arbetsmarknaden är starkt könssegregerad på två plan. Den horisontella segregeringen innebär att kvinnor och män arbetar inom olika sektorer. Endast en av de 30 största yrkesgrupperna – gymnasielärare – hade år 1990 lika fördelning kvinnor och män.⁶ Istället arbetade 40 procent av kvinnorna respektive männen inom yrken där andelen kvinnor respektive män är minst 90 procent.

Den vertikala segregeringen innebär att fördelningen av kvinnor och män på olika positioner är ojämn. Kvinnor finns på lägre befattningsnivåer och i mindre prestigefyllda jobb än män. På 43 procent av alla arbetsplatser finns inga kvinnliga chefer överhuvudtaget medan manliga chefer endast saknas på 5 procent av alla arbetsplatser.⁷ Kvinno-maktutredningen konstaterar att kvinnor och män tycks befinna sig på olika arbetsmarknader: männen har till skillnad mot kvinnor avanse-mangsmöjligheter även om de befinner sig i samma jobb och hos samma arbetsgivare.

Liksom inom många andra områden saknas det forskning om kvinnors arbetsrelaterade hälsa. Kilbom et al lyfter fram fem olika typer av

⁵ a.a.

⁶ På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet. Stockholm: SCB, 1998.

⁷ Ty makten är din... Myter om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige. Betänkande från Kvinno-maktutredningen. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, 1998. [SOU 1998:6].

kunskapsbrist i yrkesmedicinsk forskning.⁸ För det första tycks kvinnor i stor utsträckning saknas i arbetsmedicinska studier, vilket leder till en allmän brist på information om kvinnliga arbetstagare. För det andra saknas kunskap om hälsoproblem som antingen är vanligast bland kvinnor (exempelvis sexuella trakasserier) eller specifika för kvinnor, exempelvis arbetsmiljöns betydelse för menstruationsbesvär. För det tredje saknas kunskap om effektiva förebyggande åtgärder inom kvinnoyrken, vilket bl.a. hänger samman med att tillsynsmyndigheterna tycks prioritera mansdominerade yrkesplatser. För det fjärde behövs mer information om könsolikheter i exponering inom samma yrke. Slutligen, för det femte, handlar det om att traditionella begrepp och definitionerna av arbetsrelaterad ohälsa utgår från mannen som norm. Författarna drar slutsatsen att det i såväl forskning som handläggning av kvinnors arbetssituation behövs bättre och känsligare metoder samt en större öppenhet för kvinnors villkor.

Ett exempel på kunskapsbristen är vilka hälsoeffekterna är av den könssegregerade arbetsmarknaden. Olika mekanismer kan tänkas vara verksamma, varav en handlar om olikheter vad gäller tillgången till kontroll och inflytande. Ellen Hall har i en studie visat hur inflytandet över arbetssituationen varierar beroende på kön i arbetar- och tjänstemannayrken som har olika könssammansättning (kvinno- respektive mansdominerade samt könsintegrerade arbeten).⁹ Studien visar att det finns stora köns- och klasskillnader. Kvinnor i alla yrkeskategorier har lägre inflytande än män, även i kvinnodominerade yrken. Lägst inflytande av alla har kvinnor i mansdominerade arbetaryrken. Högst inflytande har kvinnor och män i mansdominerade och könsintegrerade tjänstemannayrken.

Brist på inflytande över arbetssituationen utgör en viktig sjukdomsmedierande faktor bland vuxna kvinnor och män¹⁰ liksom bland flickor och pojkar i skolan.^{11,12} Den så kallade krav-kontroll-stödmodellen innebär att psykiska krav samverkar med de kontrollmöjlig-

⁸ Kilbom Å, Messig K, Bildt Torbjörnsson C. Yrkesarbetande kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet, 1999.

⁹ Hall E. Women's work: An inquiry into the Health Effects of Invisible and Visible Labor. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för Psykosocial Miljömedicin och Institutionen för Stressforskning, 1990 [akad. avh.]

¹⁰ Aronsson G. Dimensions of control as related to work organization, stress, and health. *International Journal of Health Services*, 1989; 19: 459-486.

¹¹ Elevers arbetsmiljö i skolan avhandlas i avsnittet "Flickors och pojkars villkor".

¹² Hammarström A, Janlert U, Theorell T. Youth unemployment and ill-health: results from a 2-year follow-up study. *Soc Sci Med* 1988;26(10):1025-33.

heter och det sociala stöd som individen får.¹³ Den mest hälsofarliga arbetssituationen innebär att individen har små kontrollmöjligheter i kombination med höga krav och lågt stöd. Detta betecknas som spänt arbete och har i flera studier av framför allt män visat sig ha samband med ökad risk för hjärtinfarkt, förhöjt blodtryck liksom psykisk ohälsa. De fåtal studier som har inkluderat kvinnor har påvisat liknande samband, men resultaten har varit mer svårtolkade vilket möjligen kan förklaras av kvinnors längre totala arbetstid (dvs. kombinationen av förvärvs- och hemarbete).¹⁴ Övertidsarbete har i en studie visat sig vara förenat med ökad risk för hjärt/kärlsjuklighet bland kvinnor, men minskad risk bland män.¹⁵

En annan konsekvens av den könsuppdelade arbetsmarknaden som kan ha betydelse för den könsrelaterade hälsan är kvinnors sämre ekonomi. I genomsnitt tjänar kvinnor 80 procent av männens lön. Dessa skillnader kan inte förklaras av olikheter i utbildning och arbetslivserfarenhet.¹⁶ Omfattande forskning har påvisat att inkomstens storlek kan påverka såväl självrapporterad hälsa som dödlighet bland både kvinnor och män.¹⁷ Folkhälsostrategierna i förhållande till ekonomisk trygghet bör uppmärksamma inte bara sociala skillnader i fattigdom, utan även könsskillnader.

Under 1990-talets lågkonjunktur genomgick arbetsmarknaden stora förändringar; arbetslösheten mångdubblades jämfört med de tidigare relativt konstanta efterkrigsnivåerna samtidigt som deltidssarbeten och tillfälliga arbeten ökade i omfattning, särskilt inom den kvinnodominerade sektorn. De höga arbetslöshetsnivåerna i samhället drabbar inte bara de arbetslösa; en studie som jämför hög- och lågkonjunktur visar att de arbetslösas ohälsolivåer är i princip oförändrade under lågkonjunktur. Däremot försämras hälsan påtagligt bland de icke-arbetslösa, särskilt bland kvinnor.¹⁸ Flera andra studier har också visat att det i störst utsträckning är kvinnors hälsa som har försämrats under 1990-

¹³ Theorell T. Arbete och hjärt-kärlsjukdomar hos kvinnor och män. I Östlin o.a. a.a., pp 186-205.

¹⁴ a.a.

¹⁵ Alfredsson L, Spetz C-L, Theorell T. Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *Int J Epidemiology*, 1985; 14: 378-88.

¹⁶ Ty makten är din... a.a.

¹⁷ Hälsa på lika villkor a.a.

¹⁸ Novo M, Hammarström A, Janlert U. Health hazards of unemployment – only a boom phenomenon? A study of young men and women during times of prosperity and times of recession. *Public Health* 2000;114:25-9.

talet.^{19,20} Detta hänger samman med att det framför allt är arbetsmiljön på kvinnodominerade arbetsplatser som har drabbats av ökade krav och ökad stress i samband med lågkonjunkturrens nedskärningar. Nedskärningar i mansdominerade arbetsplatser medför minskad produktion, men inom vård och omsorg minskar inte "produktionen" i motsvarande grad som arbetsstyrkan minskar. Tvärtom ökar ohälsan i samhället och därmed ökar också kraven, särskilt inom sjukvården. Det medför att färre personer skall utföra en oförändrad eller större arbetsbörda vilket leder till ökad stress och minskar inflytandet över arbetssituationen.²¹ Undersökningar visar också att höga krav i kombination med lågt inflytande är vanligast inom kvinnodominerade arbetsplatser.²²

Som tidigare nämnts har kvinnor i mansdominerade arbetaryrken lägst inflytande av alla grupper. Tillverkningsindustrin står för en stor del av ohälsan, sjukfrånvaron, överdödligheten, arbetsskadorna samt utslagningen/förtidspensioneringarna och kvinnorna är särskilt drabbade. Nya organisationsformer innebär att alltid ställa upp (just-in-time tänkande), övertidsarbete samt höga krav på lojalitet och lagarbete, vilket ytterligare försvårar möjligheter att kombinera arbetet med ansvar för barn och hem. Kvinnor inom tillverkningsindustrin kan anses vara en av de hälsomässigt mest utsatta kvinnogrupperna på arbetsmarknaden.²³ Kvinnor har rekryterats till monotona, repetitiva, bundna arbetsuppgifter med lågt inflytande, vilket kan vara en orsak till deras kraftiga överrisk för arbetssjukdomar. Andra orsaker kan ha att göra med att arbetsplatserna är organiserade efter en manlig norm, vilket bl.a. kan leda till en kvinnofientlig arbetsplatskultur med nedvärderande syn på kvinnor och sexuella trakasserier.

Den könssegregerade arbetsmarknaden får betydelse för den arbetsrelaterade ohälsan. Män är mer utsatta för arbetsolyckor, buller, vibrationer, lösningsmedel mm, medan kvinnor oftare drabbas av belastningssjukdomar liksom av mobbning, sexuella trakasserier samt hot och våld.²⁴

¹⁹ Järvholm B. Arbetsmiljörapport. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen, Arbetslivsinstitutet, Rådet för Arbetslivsforskning, 1996.

²⁰ Stockholms läns arbetshälsorapport. Stockholm: Stockholm läns landsting, 1999.

²¹ Gonäs L. Transformation of the welfare state and its labour markets. Stockholm: The Swedish Institute of Working Life Research, 1994.

²² Stockholms läns arbetshälsorapport a.a.

²³ Härenstam A, Aronsson G, Hammarström A. Kön och ohälsa i ett framtidsperspektiv. I Östlin o.a. a.a, pp 281-316.

²⁴ Järvholm a.a.

Sexuella trakasserier, dvs. oönskade handlingar av sexuell karaktär som kan vara fysiska, verbala eller icke-verbala handlingar, förblir ofta ett dolt arbetsmiljöproblem. Det finns förmodligen en betydande under-rapportering på grund av skamkänslor hos den utsatta samt på grund av arbetsgivarens okunskap om och/eller bristande intresse för problemet. Beroende på olikheter i definition och frågeteknik varierar frekvensen från 2 procent bland kvinnor (och 1 % bland män) i SCB:s arbetsmiljöundersökningar till 13–23 procent av kvinnorna i andra studier.²⁵ En vidare definition omfattar även andra trakasserier på grund av kön i form av handlingar som grundas på kön och som kränker en persons integritet eller upplevs som nedvärderande (exempelvis nedvärderande omdömen). Enligt SCB:s senaste arbetsmiljöundersökning har 15 procent av alla kvinnor jämfört med fyra procent av alla män upplevt sig vara utsatta för trakasserier på grund av kön enligt denna vidare definition.²⁶ Mest drabbade är kvinnor under 50 år bland vilka nästan var femte rapporterar sig ha upplevt en dylik kränkning av chefer, arbetskamrater eller andra (patienter, elever, klienter, kunder).

De mest drabbade yrkeskategorierna när det gäller sexuella trakasserier är restaurant- och hotellanställda, samt buss- och taxichaufförer. Det saknas forskning om hälsokonsekvenserna av sexuella trakasserier, men en studie visade att hälften av alla utsatta kvinnor och män känner olust inför att gå till arbetet. Dessutom rapporterar de oftare sömnsvårigheter och trötthet.²⁷ Sexuella trakasserier kan förekomma på alla arbetsplatser men hänförs ibland till två typiska arbetssituationer.²⁸ Den ena utgör en kvinnodominerad arbetsplats, där chefen är en man som använder sin makt till att ha sex med en eller flera utvalda kvinnor. Den andra är en mansdominerad arbetsplats, där trakasserier kan ta sig uttryck som grova skämt, pornografiska bilder och sexuella anspelningar i ord och handling.

Även våld och hot om våld är ett förhållandevis föga uppmärksammat men ökande arbetsmiljöproblem. Enligt SCB:s arbetsmiljöundersökning har nästan var femte kvinna jämfört med var tionde man varit utsatt för våld eller hot om våld under de tolv senaste månaderna.²⁹ Bland kvinnorna är skötare och vårdare mest utsatta. Därefter kommer socialsekreterare, undersköterskor, sjuksköterskor och vårdbiträden. Bland män är säkerhetspersonal liksom vissa vårdyrken och fordons-

²⁵ a.a.

²⁶ Arbetsmiljön 1999. Stockholm: Statistiska centralbyrån, Arbetarskyddsstyrelsen, 2000. [Statistiska meddelanden serie Am].

²⁷ a.a.

²⁸ FRID-A. Sexuella trakasserier på arbetsplatsen. Stockholm: JämO, 1987.

²⁹ Arbetsmiljön 1999 a.a.

förare mest utsatta. En analys av hälsokonsekvenserna av våld och hot om våld visar att hälften av alla drabbade känner olust inför arbetet.³⁰ De drabbade har dessutom mer besvär av trötthet och sömnproblem, därför att tankar om jobbet håller dem vakna.

SCB:s arbetsmiljöundersökning visar att 30 procent av kvinnorna jämfört med 22 procent av männen rapporterar besvär (såväl kroppsliga som andra besvär) till följd av arbetet.³¹ En mycket liten del av dessa besvär utgör en följd av arbetsolyckor, även om en ökning av dessa kan noteras bland kvinnor under de senaste fem åren. Bland kvinnorna är det ungefär dubbelt så stor andel jämfört med männen som anger att symptomen är lokaliserade till hals, nacke och axlar/arm. Även ohälsa på grund av arbetsrelaterad stress och psykiska påfrestningar rapporteras nästan dubbelt så ofta bland kvinnor som bland män. Anställda inom näringsgrenarna hälso- och sjukvård, utbildning och offentlig förvaltning är mest drabbade av stressrelaterad ohälsa.

Som nämndes inledningsvis utgör kvinnor respektive män inga homogena grupper. Ohälsan varierar inom gruppen kvinnor respektive män beroende på bl.a. ålder, men det saknas forskning om de äldres arbetsrelaterade hälsa ur ett genusperspektiv. Ur SCB:s arbetsmiljöundersökning kan vi utläsa att 20 procent av kvinnorna över 50 år rapporterar att de tunga arbetsmomenten har ökat, jämfört med 7 procent av de äldre männen.³² På motsvarande sätt beskriver nästan dubbelt så många äldre kvinnor jämfört med äldre män att ensidiga upprepade arbetsmoment liksom nedsmutsning av arbetsluften har ökat under de senaste fem åren. Arbetstakten har ökat enligt 68 procent av kvinnorna i alla åldrar jämfört med 59 procent av männen.

Kvinnornas andel av sjukskrivningarna har successivt ökat under 1990-talet. För vissa sjukskrivningsperioder utgör kvinnorna två tredjedelar av alla sjukskrivna.³³ Liksom bland män ökar sjukskrivningarna med åldern. Orsakerna är hittills föga kända, men nedskärningarna inom den kvinnodominerade offentliga sektorn antas vara en viktig orsak till den ökande sjukfrånvaron. Sjukskrivningsmönstret varierar i olika yrkesgrupper, med högst sjukfrånvaro bland kvinnor i mansdominerade arbetaryrken. En studie från 1995 omfattande 1 417 kvinnor i fyra yrkesgrupper visar att kvinnor som någon gång i vuxenlivet varit utsatta för sexualiserat våld i form av sexuella trakasserier, våld och övergrepp har den högsta sjukfrånvaron, mätt såväl i antalet sjukfall

³⁰ Järvholm a.a.

³¹ Arbetsmiljön 1999 a.a.

³² Arbetsmiljön 1999 a.a.

³³ <http://www.rfv.se>

som antalet sjukdagar.³⁴ Samma studie lyfter också fram det obetalda arbetets betydelse för sjukfrånvaron; kvinnor med höga krav vad gäller arbete i hemmet hade högre sjukfrånvaro än andra kvinnor.

På senare år har också ett antal studier publicerats som tyder på att kvinnor får sämre arbetsinriktad rehabilitering än män.^{35,36,37} Män återgår till arbete efter en arbetsskada i större utsträckning än kvinnor även sedan hänsyn tagits till utbildning, sjukskrivning och rehabilitering. Män får i högre grad utredning och utbildning medan kvinnor oftare får arbetsträning.³⁸ Möjliga orsaker till detta har analyserats i en kvalitativ studie av unga personer i arbetaryrken med anmäld arbetsskada, framför allt till följd av muskuloskeletala besvär.³⁹ Männens rehabilitering underlättades av olika förhållanden såsom deras egen samt läkarnas syn på skadan som arbetsrelaterad, att de erhöll distinkta medicinska diagnoser samt specifik medicinsk behandling, att de upplevde att läkare och försäkringstjänstemän litade och trodde på dem samt deras rehabiliteringsmål vad gäller heltids förvärvsarbete. Krav på åtgärder gav för männens (men inte för kvinnornas) del positiva resultat. Slutsatsen blev att när strukturerna fungerade som vanligt (i rehabiliteringssystemet, i konsultationen liksom vad gäller fördelningen av det obetalda hemarbetet) gynnades männens rehabilitering.

13.3.2 Arbetslöshet

Den officiella arbetslöshetsstatistiken har under de senaste decennierna inte visat några större könsskillnader i arbetslöshetsnivå. Män är i högre grad heltidsarbetslösa, medan betydligt fler kvinnor är deltid-

³⁴ Hensing G, Alexandersson K, Knutsson F. Sjukfrånvaro och hälsa bland yrkesverksamma kvinnor i Östergötland – betydelsen av faktorer i betalt och obetalt arbete. Linköping: Inst. för hälsa och miljö, Hälsouniversitetet, Linköping, 1998. [Rapport nr 3 från projektet "Kvinnors hälsa och livsvillkor"].

³⁵ Bäckström I. Att skilja agnarna från vetet. Om arbetsinriktad rehabilitering av långtidssjukskrivna kvinnor och män. Umeå: Umeå universitet, 1997 [akad. avh.].

³⁶ Andersson C, Lidwall U. Vilka får arbetslivsinriktad rehabilitering? I Marklund S (red). Risk-frisk-faktorer – sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1997, pp. 89-119.

³⁷ Ahlgren C, Hammarström A. Has the Increased Focus on Vocational Rehabilitation led to an Increase in Young Employees' Return to Work after Work-Related Disorders? *Scand J Public Health* 1999;27:220-7.

³⁸ Marklund S. a.a.

³⁹ Ahlgren C, Hammarström A. Back to work. Gendered experiences of rehabilitation. *Scand J Public Health* 2000;28(2):88-94.

arbetslösa. Det medför att fler kvinnor i alla åldrar (särskilt 25–54 år) är undersysselsatta eller dolt arbetslösa.⁴⁰

Arbetslöshetens konsekvenser för folkhälsan kan studeras i förhållande till hälsoutfall (kroppsliga och psykiska symptom, morbiditet, dödlighet, hälsovanor), sociala konsekvenser liksom i förhållande till sätten att hantera arbetslösheten. Omfattande forskning har påvisat arbetslöshetens negativa konsekvenser för såväl kroppslig som psykisk hälsa liksom för hälsovanor.⁴¹ Men merparten av arbetslöshetsforskningen är gjord på vita, medelålders män i arbetaryrken. Under senare år har vi fått alltmer forskning om arbetslöshetens effekter bland unga kvinnor och män.^{42,43,44}

Däremot saknas det fortfarande kunskap om arbetslöshetens hälsokonsekvenser bland medelålders kvinnor liksom bland invandrade kvinnor och män och även vad gäller kvinnor och män i tjänstemannaryrken. Generellt sett är således kunskapen om hälsokonsekvenserna av kvinnors arbetslöshet fortfarande relativt liten.⁴⁵ Kvinnor har ofta saknats i såväl teorier som forskning om arbetslöshet. Några av 1970- och 1980-talets arbetslöshetsforskare hävdade att arbetslöshet inte blir lika destruktiv för kvinnor som för män eftersom kvinnor då kan kompensera för arbetslöshetens negativa inverkan genom att återgå till sin hustruroll. Tanken är att hushållsarbetet kan tjäna som en tillfredsställande ersättning för lönearbete.^{46,47} Liknande tankegångar framförs ibland än idag: Män anses alltjämt vara familjeförsörjare även i de familjer där kvinnan förvärvsarbetar. Män anses drabbas värre än kvinnor, eftersom kvinnor lättare anpassar sig till arbetslöshet därför att

⁴⁰ På tal om kvinnor och män. a.a.

⁴¹ Arbetslöshet som folkhälsoproblem. Stockholm: Folkhälsogruppen 1992 (Folkhälsogruppens skriftserie nr 17).

⁴² Winefield AH. Unemployment: its psychological costs. In Cooper CL, Robertson IT, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons, 1995:169-212.

⁴³ Rantakeisu U, Starrin B, Hagqvist C. Ungdomsarbetslöshet. Vardagsliv och samhälle. Lund: Studentlitteratur, 1996.

⁴⁴ Hammarström A. Arbetslöshet och ohälsa – om ungdomars livsvillkor. Lund: Studentlitteratur, 1996.

⁴⁵ Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. Slutbetänkande. Utredningen om kvinnors arbetsmarknad. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, 1996 (SOU 1996:56).

⁴⁶ Jahoda M. *Employment and unemployment: a social psychological analysis*. New York: Cambridge University Press, 1982.

⁴⁷ Ovesen E. Arbetslöshetens psykiska följdverkningar. Stockholm: Raben & Sjögren, 1978.

arbetet anses ha mindre betydelse för deras identitet.⁴⁸ Hur dessa resultat hänger samman med könsrelaterade olikheter i arbetslöshetsstatistik, synen på kvinnors förvärvsarbete mm i olika tider och olika kulturer diskuteras sällan. Senare studier visar dessutom att dessa antaganden är felaktiga. Arbetslösheten har lika negativa effekter för kvinnors hälsa, under förutsättning att samma kriterier används för att definiera arbetslöshet hos kvinnor och män.^{49,50}

Arbetslösheten sätter sina spår även då det gäller dödlighet. Nordiska studier skiljer sig något vad gäller könsrelaterade resultat, men det mesta tyder på att arbetslösa kvinnor i alla åldrar har lika hög överdödlighet som arbetslösa män.^{51,52}

Arbetslösheten tycks framför allt påverka hälsovanorna bland ungdomar och flera studier tyder på att effekterna blir olika bland kvinnor och män. Arbetslöshetsrelaterad alkoholkonsumtion tycks vara mest uttalad bland män, medan långtidsarbetslöshet å andra sidan förefaller minska kvinnors konsumtion.^{53,54} Cigarettökning, å andra sidan, tycks öka mest bland långtidsarbetslösa kvinnor^{55,56}, även om det också finns mindre uttalade samband bland män.⁵⁷

Flera studier har påvisat könsskillnader när det gäller att hantera arbetslösheten. Utredningen om kvinnors arbetsmarknad pekar på att

⁴⁸ Dew MA, Bromet EJ, Penkower L. Mental health effects of job loss in women. *Psychological Medicine* 1992;22:751-64.

⁴⁹ Leeftang RLI, Klein-Hesselink DJ, Spruit IP. Health effects of unemployment – II. Men and women. *Soc Sci Med* 1992;34:351-63.

⁵⁰ Leana CR, Feldman DC. Gender differences in responses to unemployment. *Journal of Vocational Behavior* 1991;38:65-77.

⁵¹ Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996;348:909-12.

⁵² Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *BMJ* 1987;295: 879-84.

⁵³ Janlert U, Hammarström A. Alcohol consumption among unemployed youths. *Br J Addict* 1992;87:703-14

⁵⁴ Lahelma E, Kangas R, Manderbacka K. Drinking and unemployment: contrasting patterns among men and women. *Drug Alcohol Depend* 1995;37:71-82.

⁵⁵ Hammarström A, Janlert Urban. Unemployment and change of tobacco habits. A study from 16 to 21 years of age. *Addict* 1994;89:1691-1696.

⁵⁶ Waldron I, Lye D. Employment, unemployment, occupation, and smoking. *American Journal of Preventive Medicine* 1989;5:142-9.

⁵⁷ Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth MEJ. Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *Eur J Public Hlth* 1998;8:21-7.

kvinnor är aktivare än män vid arbetslöshet vad gäller exempelvis att utbilda sig och att männens passivitet försvårar deras återgång till arbete.⁵⁸ Utredningen skriver vidare att kvinnor förefaller vara mer aktiva än män vad gäller ökad arbetsinsats i hemmet, vilket antas hänga samman med att kvinnor har huvudansvaret för hushållsarbete och omsorg om barn och familj. Detta innebär dock inte att kvinnor lider mindre av att ha förlorat förvärvsarbetet. En långtidsuppföljande studie av 16-åringar kopplar dessa könsskillnader till hur manlighet och kvinnlighet skapas bland långtidsarbetslösa ungdomar.⁵⁹ Studien visar att unga långtidsarbetslösa män har svårare än kvinnor i motsvarande situation att komma ur arbetslösheten, trots att den könssegregerade arbetsmarknaden gör det lättare för män att finna jobb. En förklaring till detta kan ha att göra med hur den dominerande formen av maskulinitet skapas bland dessa marginaliserade unga män i en atmosfär av våld, där slagsmål och misshandel liksom våldsamt risktagande i bl.a. trafiken utgör en del av tillvaron. En del av dessa män har hög alkoholkonsumtion liksom kriminalitet, vilket ytterligare försvårar deras möjligheter att få jobb. De unga långtidsarbetslösa kvinnorna skapar å andra sidan sin kvinnlighet kring relationer med framför allt anhöriga, vilket innebär att de blir ansvarstagande och relationsinriktade – och att de går med på omgivningens påtryckning att göra allt för att ta sig ur arbetslösheten.

13.3.3 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Svenska studier har visat att de arbetsmarknadspolitiska åtgärderna förefaller att ha positivare hälsoeffekter bland män jämfört med kvinnor.⁶⁰ En trolig förklaring kan vara skilda villkor för kvinnor och män vad gäller åtgärdernas omfattning, innehåll, arbetsmiljö samt möjligheter till fortsatt anställning. Utredningen om kvinnors arbetsmarknad framhåller att åtgärdsprogrammen alltså är utformade för den manlige arbetaren, trots att arbetsmarknadens behov har förändrats sedan programmen en gång i världen introducerades.⁶¹ Män tilldelas dyrare åtgärder än kvinnor, exempelvis arbetsmarknadsutbildning med dyrare utrustning och i mindre grupper jämfört med de åtgärder som kvinnor

⁵⁸ Hälften vore nog.a.a.

⁵⁹ Hammarström Anne. Arbetslöshet och ohälsa a.a.

⁶⁰ Hammarström A, Janlert U. Do early unemployment and health status among young men and women affect their possibility of later employment? *Scand J Public Health* 2000;28(1):10-5.

⁶¹ Hälften vore nog a.a.

tilldelas. Män dominerar också starkt i beredskapsjobb samt i program som riktar sig direkt till arbetslivet, såsom rekryteringsstöd och starta eget bidrag. Utredningen framhåller behovet av en genusanalys av de existerande arbetsmarknadspolitiska åtgärderna, i syfte att belysa kvinnors situation vad gäller resursfördelning, träffsäkerhet (dvs. åtgärdernas förmåga att leda till förvärvsarbete och varaktiga inkomster). Vidare betonas behovet av att utveckla strategier för att bryta könssegregeringen på arbetsmarknaden.

13.3.4 Socialt kapital

Betydelsen av det sociala kapitalet för lokalsamhällets hälsa, såväl som för ett ekonomiskt framgångsrikt samhälle, uppmärksammas alltmer.^{62,63} Internationellt pågår en diskussion med viktiga genusimplikationer som handlar om huruvida socialt kapital skall ses som ett medel för att stödja och utveckla välfärdsstaten eller om det istället utgör en metod att minska statens inblandning och istället uppmuntra människor att lita till sina egna och den nära omgivningens resurser.⁶⁴ Den första linjen hävdar att vi inte kan skilja mellan socialt och ekonomiskt kapital, vilket innebär att socialt kapital aldrig kan lösa hälsoproblem som beror på fattigdom. Den andra linjen – som inte har fått någon genomslagskraft i Sverige – innebär att socialt kapital i större eller mindre utsträckning kan ersätta det sociala välfärdssystemet; om staten främjar frivilligarbete kan man minska de sociala utgifterna. Med det perspektivet riskerar en satsning på socialt kapital att på olika sätt försämra kvinnors situation. Nedsänkningar inom exempelvis barn- och äldreomsorg försvårar kvinnors möjligheter till förvärvsarbete, samtidigt som kvinnor förväntas att oavlönat ta ansvar för vården av barnen och de äldre. Hur begreppet socialt kapital används får således tydliga genusimplikationer.

Ur ett genusperspektiv är det även viktigt att diskutera de könsrelaterade förutsättningarna för att utveckla socialt kapital. Inkomstskillnader utgör en aspekt av socialt kapital; Wilkinson har exempelvis påvisat betydelsen av den relativa inkomstskillnaden i ett samhälle men hälsobetydelsen av inkomstskillnader på grund av kön har ännu inte uppmärksamrats. Välfärdsstaten minskar inkomstskillnaderna mellan

⁶² Baum F. *The new public health. An Australian perspective.* Melbourne: Oxford University Press, 1998.

⁶³ Hälsa på lika villkor a.a.

⁶⁴ Baum a.a.

kvinnor och män, men trots det har kvinnor i Sverige cirka 80 procent av männens disponibla inkomster.⁶⁵

Kvinnomaktutredningen konstaterar att välfärdsstaten stärker kvinnors ställning.⁶⁶ Kvinnors ekonomiska beroende av män har minskat samtidigt som deras möjligheter att kunna försörja sig och eventuella barn har ökat. Samtidigt premierar välfärdsstaten typiskt manligt beteende och tidsanvändning i den meningen att avlönat arbete betraktas som viktigare än oavlönat och genom att många transfereringar (akassa, sjukpenning, pension) är knutna till löneinkomsterna. Eftersom män lönearbetar i större utsträckning än kvinnor får de högre ersättning vid sjukdom och pension.

Relationer mellan människor är av central betydelse för det sociala kapitalet. Här är det viktigt att uppmärksamma hur manlighet och kvinnlighet skapas i förhållande till sociala relationer. Den dominerande formen av manlighet i vårt samhälle skapas kring den individuella mannens självförverkligande i arbetslivet med yrkesambitioner och karriärinriktning.⁶⁷ Bland unga män är dessutom risktagande en del i denna prestationsinriktning. Robert Connell framhåller i studier av unga män att patriarkatet har negativa emotionella och fysiska konsekvenser för dem, ofta associerade till den stress och det våld som behövs för att upprätthålla de manliga hierarkierna.⁶⁸ Den accepterade formen av kvinnlighet i vårt samhälle skapas å andra sidan kring relationer till andra människor, där begrepp som ansvarstagande, relationsinriktning och socialt stöd blir centrala. Dessa aspekter ligger i linje med innebörden i socialt kapital, vilket innebär att den dominerande kvinnligheten i vårt samhälle har potential att bli hälsobefrämjande för omgivningen.⁶⁹

Det finns fler genusaspekter på socialt kapital som förtjänar att problematiseras. Ett välfungerande socialt nätverk anses vara ett skydd mot ohälsa. Det framhävs ofta att män har sämre utvecklade sociala nätverk jämfört med kvinnor, vilket således skulle kunna vara en riskfaktor för ohälsa. En svensk studie visar dock att kvinnor i åldersgruppen 65–74 år med hög grad av socialt stöd har högre risk att dö i

⁶⁵ Ty makten är din... a.a.

⁶⁶ a.a.

⁶⁷ Connell RW. Teaching the boys: New research on masculinity, and gender strategies for schools. *Teachers College Record*, 1996;8:207-35.

⁶⁸ a.a.

⁶⁹ Hammarström A, Hovelius B. Kvinnors hälsa ur ett könsteoretiskt perspektiv. *Nordisk Medicin* 1994;109:288-91.

hjärt-kärlsjukdomar jämfört med män i samma ålder.⁷⁰ Denna olikhet skulle kunna bero på att socialt stöd har olika genusansikten; för män kan det innebära ökad närhet och service, medan det för kvinnor också kan medföra ökade krav på arbetsinsatser.

Delaktighet i såväl sina egna liv som i samhällsutvecklingen framhålls ofta som en aspekt av socialt kapital. I det perspektivet spelar folkrörelser och föreningsliv en viktig roll. Men – som redan visats i avsnittet om obetalt arbete – har kvinnor i regel mindre tillgång till fritid än män. Ojämlig tillgång till fritid beroende på ojämlik fördelning av hemarbetet blir därigenom ett viktigt förhållande att beakta i folkhälsoarbetet.

När det gäller relationer mellan människor bör också det sexualiserade våldet i samhället uppmärksammas. Förekomst av misshandel och övergrepp i parrelationen minskar drastiskt de drabbade kvinnornas tillgång till socialt kapital (se också avsnittet nedan om sexualiserat våld). På grund av risken för överfallsvåldtäkter tvekar många kvinnor att ge sig ut ensamma. Städer, bostads- och grönområden måste planeras så att de blir tryggare för kvinnor att vistas i. Viktigast av allt är dock att det sexualiserade våldet i samhället som helhet motarbetas.

Ytterligare genusaspekter på socialt kapital kan illustreras av en studie som analyserar hälsoeffekterna av lokalt utvecklingsarbete bedrivit i form av kvinnonätverk i glesbygden i Jämtland. I motsats till de hierarkiska strukturer som präglar många organisationer kan kvinnonätverk karaktäriseras utifrån horisontella, informella och ömsesidiga relationer mellan deltagarna, vilket ökar förutsättningarna för en utveckling av det sociala kapitalet.⁷¹ Kvinnonätverk utgår oftast från ett lokalsamhälle i glesbygden, och tar sin utgångspunkt i ett gemensamt intresse eller ett gemensamt problem vilket kan handla om avsaknad av barn- eller äldreomsorg, arbetstillfällen eller mötesplatser för kvinnor.

Alla 60 kvinnonätverken i Jämtland har studerats och resultaten antyder att nätverksarbete har positiva effekter bland såväl nätverksdeltagarna som bland lokalsamhällets invånare.⁷² Ju mer stöd, inflytande, självtillit och framtidstro som nätverket upplever genom sitt arbete, desto bättre hälsa bland deltagarna i kvinnonätverken. Ju mer självtillit,

⁷⁰ Orth-Gomer K, Johnson J. Social network interaction and mortality-a six year follow up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronical Diseases* 1987;40:949-57.

⁷¹ Gustafsson-Larsson S. Kvinnonätverk i Jämtland – en pilotstudie. Umeå: Umeå universitet. Inst. för allmänmedicin, 1998 [Rapport från inst. För allmänmedicin 2, 1998].

⁷² Gustafsson-Larsson S, Hammarström A. Can women's network activities lead to improved health? *Scand J Public Health* in press.

framtidstro, nya jobb som skapades av nätverket och nätverksrelaterat obetalt arbete ju högre deltagande bland lokalsamhällets invånare. Frivilligarbete i såväl nätverket som i andra sammanhang innebär dock en risk för att kvinnor drabbas av tredubbel arbetsbelastning i form av förvärvsarbete, hemarbete samt frivilligarbete. Slutsatsen blir att nätverksmodellen, med dess horisontella organisering och gräsrotsperspektiv, kan utgöra en användbar modell inom folkhälsoarbetet under förutsättning att nätverksarbetet inte används för att ersätta den offentliga sektorn. Dessutom behövs mer kunskap om vilka hinder respektive förutsättningar som kvinnonätverken möter på olika nivåer.

13.3.5 Obetalt hemarbete

Arbete kan betyda mycket mer än förvärvsarbete, exempelvis matlagning, diskning, städning, tvättning, inköp och övrigt hushållsarbete, barnafödande, vård och omsorg om barn och make, underhållsarbete i hemmet, hjälp till släkt och vänner samt frivilligarbete i organisationer.⁷³ En kvalitativ studie av äldre kvinnors hälsa i ett livsloppsperspektiv lyfter fram andra former av obetalt arbete såsom relationsarbete och barnafödande.⁷⁴ Med undantag från föräldraförsäkringen och att man kan tillgodogöra sig pensionspoäng för vård av barn ligger inte det obetalda hemarbetet till grund för ekonomisk ersättning vid pension, sjukförsäkring och rehabilitering.

Mörkertalen blir stora vid tidsstudier av det obetalda arbetet eftersom arbetsinsatsen inte kan mätas i timmar. Arbetet med barn kräver exempelvis ständig närvaro och uppmärksamhet, men synligt arbete utförs inte så länge inget ingripande behövs.⁷⁵ Det är också en annan sak att ha huvudansvar för omsorgs- och hushållsarbetet jämfört med att göra en arbetsinsats som exempelvis underhållsarbete i bostaden, där man själv i större utsträckning kan bestämma när och i vilken utsträckning den skall genomföras. Trots mörkertalen visar SCB:s tidsundersökningar att kvinnor i genomsnitt utför tvåtredjedelar av allt hemarbete.⁷⁶ I genomsnitt arbetar kvinnor cirka 33 timmar i obetalt

⁷³ Härenstam A, Aronsson G, Hammarström a.a.

⁷⁴ Carlstedt G, Forssén A. Mellan ansvar och makt. Luleå: Luleå Tekniska Universitet, 1999 [akad.avh].

⁷⁵ Carlstedt G. Om kvinnors arbete. Socialmedicinsk tidskrift 1998;75(1-2); 13-8.

⁷⁶ Rydenstam K. I tid och otid. En undersökning om kvinnors och mäns tidsanvändning 1990/1991. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1992 (Levnadsförhållanden rapport nr 79).

hemarbete per vecka, jämfört med männens 20 timmar. Det innebär att den genomsnittliga kvinnan arbetar 676 timmar mer än män per år i obetalt arbete, motsvarande 17 heltids förvärvsarbetsveckor.

Tidsanvändningen varierar beroende på ålder, civilstånd och klass. Bland sammanboende utför kvinnor mer hemarbete än män i alla åldersgrupper. Könskillnaderna är särskilt stora bland kvinnor och män med små barn, där pappor förvärvsarbetar mest av alla och mam-mor hemarbetar mest av alla (i genomsnitt 50 timmar per vecka vilket är dubbelt så mycket som papporna).⁷⁷ Mest jämställd arbetsfördelning finns bland unga par utan barn, men när barnen kommer ökar kvinnornas arbetsbelastning alltmer och den ojämlika arbetsfördelningen kvarstår även när barnen flyttat hemifrån.⁷⁸ Flera studier visar att arbetsfördelningen är mer jämställd bland högre tjänstemän, där kvinnan heltidsarbetar och har ungefär lika hög lön som mannen.⁷⁹

Hälsokonsekvenserna av det obetalda hemarbetet är föga uppmärksammade och studerade. I sin avhandling visar Gunilla Carlstedt och Annika Forssén betydelsen av kvinnors helhetsansvar för hem och familj för deras hälsa och ohälsa.⁸⁰ Lesley Doyal lyfter fram olika direkta hälsokonsekvenser relaterade till den fysiska arbetsmiljön i hemmet såsom olycksfall och toxiska ämnen, liksom till den psykosociala hemmiljön i form av höga krav, stress och monotoni.⁸¹ Vidare kan indirekta hälsokonsekvenser av det obetalda arbetet lyftas fram såsom att tidsbrist minskar möjligheter till fritid, motion, frivillig-arbete, deltagande i politisk verksamhet m.m. Doyal beskriver vidare hur den patriarkala förhandlingen, dvs. kvinnors förhandling med sin partner om resurser, rättigheter och arbetsfördelning, leder till en asymmetrisk fördelning av ansvar och resurser. Stort ansvar i kombination med bristande resurser kan leda till skadliga konsekvenser för kvinnors hälsa, exempelvis en överrisk för hemmafruar att drabbas av depression, kopplad till känslor av frustration, låg självvärdering och tomhet som kvinnorna upplevde i förhållande till sin hemmafrutillvaro.

Andelen hemmafruar är låg i Sverige. Det finns anledning att tro att kvinnor som är föräldralediga ifrån ett förvärvsarbete reagerar mer positivt på hemarbetet än kvinnorna i studierna ovan som saknade förvärvsarbete. Men det behövs mer forskning om hemarbetets konsekvenser för kvinnor i vår arbetsmarknadsstruktur.

⁷⁷ På tal om kvinnor och män a.a.

⁷⁸ Ty makten är din... a.a.

⁷⁹ a.a.

⁸⁰ Carlstedt G, Forssén A. a.a.

⁸¹ Doyal, L. What makes women sick? London: Macmillian Press, 1995.

Däremot finns det relativt mycket skrivet om hur kombinationen förvärvsarbete och hemarbete påverkar kvinnors hälsa.⁸² En forskningslinje går ut på att människor som har flera livsuppgifter (såväl förvärvsarbete som hemarbete) mår bättre än de som endast har en (expansionshypotesen), medan en annan linje (belastningshypotesen) fokuserar människans begränsningar och menar att flera livsuppgifter innebär en ökad belastning och därmed ökad risk för ohälsa. Flertalet studier av kvinnor indikerar att expansionshypotesen är mer giltig än belastningshypotesen men båda får stöd i svenska studier. Hälsokonsekvenserna för män av att förena förvärvsarbete och hemarbete är föga belysta inom forskningen. Mycket talar dock för att männens hälsa skulle påverkas positivt av ett utvidgat arbete och ökat ansvar för den privata sfären.⁸³

Förvärvsarbetande kvinnor lever längre än hemmafruar, vilket inte kan förklaras av selektion, dvs. att kvinnor med sämst hälsa blir hemmafruar.⁸⁴ Arbetsförhållanden har i flera befolkningsstudier starkare samband med kvinnors hälsa än vad familjeförhållanden har. Flera studier påvisar dubbelarbetets negativa inverkan på kvinnors hälsa.^{85,86} Om den totala belastningen är alltför stor ökar risken för negativa hälsoeffekter.⁸⁷ Mycket talar för att en kombination av de båda hypoteserna behövs för att förstå sambanden mellan arbete och hälsa, dvs. att flera livsuppgifter gynnar hälsan under förutsättning att den totala belastningen inte är för stor.

13.3.6 Sexualiserat våld

Ett av de för kvinnors hälsa allvarligaste folkhälsoproblemen idag är det våld, förtryck och de övergrepp som kvinnor utsätts för av framför allt sina makar, sambos och andra närstående män. Trots det har våldet mot kvinnor förblivit ett osynligt fenomen i folkhälsoarbetet.

⁸² För en översikt se exempelvis Härenstam A, Aronsson G, Hammarström A. a.a.

⁸³ a.a.

⁸⁴ a.a.

⁸⁵ Frankenhaeuser M. Kvinnligt, manligt, stressigt. Höganäs: Bra Böcker, 1993.

⁸⁶ Hall E. a.a.

⁸⁷ Lundberg U, Mårdberg B, Frankenhaeuser M: The total workload of male and female white collar workers as related to occupational level, age, number of children. *Scandinavian Journal of Psychology* 1994;35:315-27.

Begreppet kvinnomisshandel används för att beteckna en situation då en kvinna utsätts för fysiskt och/eller psykiskt våld av en man, med vilken hon har eller har haft en nära relation. Inte sällan innefattas utöver misshandel även förolämpning, frihetsberövande, hot, våldtäkt och andra sexuella övergrepp. Våldet utövas oftast inom hemmets väggar och förblir som brott ofta dolt. I Norden används termen sexualiserat våld som en övergripande term för att beteckna närbesläktade fenomen såsom sexuella trakasserier, kvinnomisshandel, våldtäkt, sexuellt utnyttjande av barn, våldspornografi och prostitution. Begreppet är numera allmänt använt inom genusforskningen, eftersom företeelserna är besläktade och innebär förtryck av kvinnor och barn.

Mörkertalen är stora när det gäller att uppskatta förekomsten av sexualiserat våld i befolkningen. Den verkliga våldsbrottsligheten brukar uppskattas till åtminstone tre gånger så stor som den polisrapporterade.⁸⁸ Under perioden 1987 till 1994 ökade antalet polisanmälda fall av kvinnomisshandel med 42 procent (från 8 600 till 12 200) och sexualbrotten med 67 procent (från 4 600 till 7 700).⁸⁹ Det saknas idag kunskap om ifall dessa siffror representerar en faktisk ökning av det sexualiserade våldet eller ifall de representerar en ökad benägenhet att polisrapportera våldet.

Skadeförebyggande arbete baseras ofta på skaderegistreringar, men i dessa uppmärksammas i föga utsträckning övergrepp och våld mot kvinnor (liksom mot barn). Ett exempel på det är att inte ett enda fall av kvinnomisshandel rapporterades under ett års registrering i tre sjukvårdsdistrikt i Norrbotten, trots att patienten själv fyllde i formuläret och direkta frågor fanns om skadan hade orsakats av någon person.⁹⁰ I studien rapporterades totalt 8 383 olyckor och våldsskador bland 170 000 invånare. En viktig orsak till att sexualiserat våld förblir osynligt i skaderegistreringar är att metoderna avseende såväl forskning som intervention inte är anpassade till problemområdet. Slutsatsen från en intervjustudie på en akutmottagning blev att förutsättningen för att skapa en dialog med misshandlade kvinnor är kunskap om normaliseringsprocessen och misshandlade kvinnors verklighet, att våga lyssna och att visa respekt för kvinnorna, förmåga till egen lyhördhet och

⁸⁸ Leander K, Danielsson M. Våld mot kvinnor: Ett socialt, kriminalpolitiskt, hälso- eller folkhälsoproblem? I Östlin o.a. (red). *Kön och ohälsa a.a.*, pp. 149-168.

⁸⁹ a.a.

⁹⁰ Hammarström A. Skaderegistreringen vid Luleå lasarett. Luleå: Karolinska Institutets socialmedicinska forskningsenhet, 1994.

beredskap att även se och reflektera över sig själv och sina egna värderingar.⁹¹

Orsakerna till att våldet mot kvinnor förblir osynligt är komplexa. Misshandlade kvinnor känner ofta skuld och skam över sin situation och över att de inte bryter sig ur den destruktiva relationen. Dessutom är de rädda för repressalier från den misshandlande mannen. Den forskning som har beskrivit de psykologiska följderna av systematiska övergrepp visar att känslor av rädsla och skam är en del av den nedbrytande process som dessa kvinnor genomgår. Våldet och hotet om våld är en djup integritetskränkning som smular sönder självkänslan. I sin strategi för att överleva anpassar sig kvinnorna till misshandeln. I våldets normaliseringsprocess blir våldet en "normal" del av vardagen, kvinnorna lägger skulden för misshandeln på sig själva och ser det som riktigt att de blir slagna.⁹² Normaliseringsprocessen intensifieras av att mannen isolerar och försöker ta kontroll över kvinnan, samt att han växlar mellan våld och värme. Kvinnornas reaktion är ett sätt att hantera vanmakten över att vara hotad och misshandlad till kropp och själ, av den man med vilken kvinnan har eller har haft en känslomässig relation. Detta sker på den plats som borde vara trygg, nämligen hemmet. För att leva vidare tar kvinnan fasta på de tillfällen då hon utsätts för mindre våld. Skuld och skam utlöses av misshandeln, men även samhällets bemötande förstärker dessa känslor.

Det är mot denna bakgrund vi utgår från att officiell registrering av våld mot kvinnor inom t.ex. rättsväsendet, sociala myndigheter, kvinnojourer och sjukvård bara återspeglar en del av den verkliga förekomsten.

Behovet av att systematisera och fördjupa kunskapen inom området är mycket stort. Inte förrän 1999 startades den första omfattande prevalensstudien vad gäller fysisk och psykologiskt våld från män i nära relationer i Sverige från vilken resultaten ännu inte är klara. En studie omfattande drygt tusen slumpmässigt utvalda vuxna (7 % bortfall) visade att 9 procent av kvinnorna hade utsatts för sexuella övergrepp före 18 års ålder.⁹³ En mindre prevalensstudie av ett urval av 251 kvinnor inom ett primärvårdsdistrikt i norra Sverige visade (med

⁹¹ Flobecker P, Hammarström A. Att fråga om kvinnomisshandel – metodologiska reflektioner från en pilotstudie. *Socialmedicinsk tidskrift* 1998;75(1-2);37-41.

⁹² Lundgren, E. Våldets normaliseringsprocess, Två parter – två strategier. Stockholm: JämO, 1989 [Rapport nr 14].

⁹³ Rönnström A. Sexuella övergrepp mot barn. *Barnombudsmannen* 1983;83/84:68-89.

70 procent svarsfrekvens) att 14 procent rapporterade övergrepp (varav 5 procent beskrev misshandel i nära relation medan sexuella övergrepp rapporterades av 7,5 procent som vuxna jämfört med 7 procent som barn).⁹⁴ Siffrorna är lägre jämfört med internationella studier, vilket enligt författarna kan bero på metodologiska brister.

Utifrån en genomgång av 67 befolkningsstudier av sexuella övergrepp mot barn dras slutsatsen att prevalensen upprepade, allvarliga övergrepp mot barn i Norden ligger på omkring fem procent.⁹⁵ Författarna konstaterar att sexuella övergrepp mot barn utgör ett stort folkhälsoproblem.

En avhandling har nyligen presenterats om sexualiserat våld under graviditeten.⁹⁶ Den omfattar intervjuer med ett konsekutivt urval av 207 svenskfödda gravida kvinnor vid en mödravårdscentral inklusive uppföljning postpartum. Av kvinnorna hade 28 procent någon gång blivit utsatta för fysisk misshandel av make/pojkvän, medan 25 procent hade utsatts för någon form av hot, fysiskt eller sexuellt våld under det senaste året. Under den pågående graviditeten rapporterades följande förekomst av misshandel: 15 procent symboliskt våld (t.ex. maken kastade ett föremål mot henne), 20 procent hot om våld, 22 procent fysisk misshandel, 3 procent sexuellt våld. Misshandeln hade i nästan samtliga fall startat före graviditeten och de olika typerna av våld korrelerade starkt. Resultaten tyder på att såväl hot om våld som våld under graviditeten har en negativ effekt på graviditetens längd, barnets födelsevikt och funktionella status vid födelsen.

Trafficking och prostitution av kvinnor och flickor har under senare år uppmärksammas alltmer som allvarliga jämställdhetsproblem medan folkhälsokonsekvenserna fortfarande i hög grad är okända. Med trafficking avses internationell handel för sexuellt utnyttjande i prostitution, bordellverksamhet och framställning av pornografi. En kartläggning genomförd av Kvinnoforum visar att antalet prostituerade kvinnor från Baltikum och övriga Östeuropa har ökat markant i Norden⁹⁷. Rikskriminalen uppskattar utifrån underrättelsematerial att

⁹⁴ Risberg G, Lundberg E, Westman G. Prevalence of sexualized violence among women – a population-based study in a primary healthcare district. *Scand J Public Health* 1999;27:247-53.

⁹⁵ Kreyberg Norman E, Tambs K, Magnus P. Seksuelle overgrepp mot barn – ett folkhelse problem? *Nord Med* 1992;107:326-30.

⁹⁶ Widding Hedin L. Woman abuse during pregnancy. A prevalence study of psychological and physical abuse among Swedish women. Göteborg: Göteborg University, Department of Obstetrics and Gynecology, 1999.

⁹⁷ <http://www.qweb.kvinnoforum.se/papers/traffickingseminarium.html>.

trafficking i Sverige de senaste åren har omfattat mellan 400 och 600 kvinnor per år⁹⁸. Det senaste året ses en minskning, vilket framför allt sätts i samband med lagen (1998:408) om förbud mot köp av sexuella tjänster.

Prostitution är relativt föränderlig till sin karaktär och den utgörs av mycket mer än den synliga gatuprostitutionen. En kartläggning av prostitutionen i Sverige riktad till polis och socialtjänst visar att år 1999 hade 24 procent av landets kommuner kännedom om att prostitution förekom inom deras kommun.⁹⁹ Förutom storstadskommunerna (Stockholm, Göteborg, Malmö) rapporterade cirka 40 andra kommuner kännedom om prostitution.

Det råder ingen tvekan om att våld mot kvinnor utgör ett väsentligt, men försummat folkhälsoproblem.^{100,101,102} Hälsokonsekvenserna av sexualiserat våld kan delas in i tre huvudområden: fysiska, psykologiska och reproduktiva. När det gäller de fysiska konsekvenserna är vissa av dem väl kända såsom blåmärken, sårskador, skador på inre organ och frakturer men även brännskador, skallning, skallskador, penetrerande knivskador, ledbandskador, syn- och hörselskador och vanställdhet (på grund av brännsår, frätande syra mm) förekommer. När det gäller långtidseffekter misstänks alltför många samband mellan övergrepp och ohälsa såsom vid kronisk smärta. Andra samband har verifierats såsom ökad förekomst av kroniska låga buksmärtor och underlivsinfektioner.¹⁰³

Andra fysiska konsekvenser av övergrepp kan vara kronisk huvudvärk, magsmärtor, muskelsmärta, artrit, högt blodtryck, hjärtsjukdom, självmord och död. Kvinnomisshandeln i Sverige uppskattas varje år skörda mellan 30 och 50 kvinnors liv.

⁹⁸ Personligt meddelande Kajsa Wahlberg, Rikskriminalpolisen.

⁹⁹ Kännedom om prostitution. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000 [SoS-rapport 2000:5].

¹⁰⁰ Heise LL, Raikes A, Watts CH, Zwi AB. Violence against women: a neglected public health issue in less developed countries. *Soc Sci Med* 1994;39:1165-79.

¹⁰¹ Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Women Health* 1998;4:41-70.

¹⁰² Risberg G. Sexualiserat våld som folkhälsoproblem. Vårdgivarens motstånd mot att fråga försvårar rehabiliteringen av kvinnor. *Läkartidningen* 1994;91(50):4770-1.

¹⁰³ Schei B. Trapped in painful love. Physical and sexual abuse by spouse - a risk factor for gynaecological disorders and adverse perinatal outcomes. Trondheim: Tapir, 1990 [Akad. avh.].

Psykologiska reaktioner på övergreppen präglas av krisreaktioner liknande dem vid posttraumatisk stress.¹⁰⁴ Hög förekomst av sexuella övergrepp förekommer hos patienter inom psykiatri i stort, särskilt dem med borderlinepersonlighet, självdestruktivt beteende och kronisk psykisk sjukdom.¹⁰⁵ Ökad förekomst av sexuella problem, kroniska underlivssmärter, underlivsinfektioner liksom psykisk ohälsa (i form av bl.a. depression, sömnsvårigheter, ångestsyndrom och missbruk) har påvisats hos kvinnor som har varit utsatta för övergrepp.¹⁰⁶

De reproduktiva komplikationerna av misshandel och övergrepp är graviditet, STD (inklusive risk för att smittas av hiv), skador i underlivet, missfall, barn med låg födelsevikt och dålig funktionell status liksom för tidigt fött barn.

Även om vi kan dela in hälsokonsekvenserna på olika sätt är det den sammanlagda sjukligheten som är viktigast. Det finns inget syndrom som drabbar alla utsatta.¹⁰⁷

Sexualiserat våld bör integreras på flera ställen i nationella strategin, exempelvis i all text om tillgång till grönområden (observera rädsla för överfallsvåld), i mål om skadesäkra miljöer samt i mål om sexualitet. Dessutom bör problematiken med sexualiserat våld, särskilt det som försiggår i hemmen, tas upp i ett särskilt avsnitt.

13.3.7 Flickors och pojkars villkor

På senare år har könsskillnader i hälsa i unga år alltmer uppmärksamats såsom att flickors hälsa försämras under skolorn från mellanstadieåren medan pojkars hälsa är relativt konstant. Detta gäller självrapporterade symtom liksom psykiatrisk sjuklighet, medan långvariga sjukdomar inte skiljer sig mellan könen och pojkar dominerar när det gäller olycksfall.¹⁰⁸ Utvecklingen medför att flickor i högstadiet och under ungdomsåren har sämre hälsa jämfört med pojkar.

Orsakerna till flickors sämre hälsa har rönt föga intresse. Genusforskning inom olika discipliner har påvisat flickors och pojkars olika villkor i såväl hemmet som i skolan. Redan i unga år arbetar flickor mer i hemmet än pojkar med exempelvis städning, dukning, matlagning

¹⁰⁴ Risberg a.a.

¹⁰⁵ a.a.

¹⁰⁶ a.a.

¹⁰⁷ a.a.

¹⁰⁸ Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen 1997.

m.m.¹⁰⁹ Samtidigt satsas det ekonomiskt mer på pojkar såväl i den enskilda familjen (vad gäller leksaker, sportutrustning m.m.) som i samhället (vad gäller möjligheter till sportutövning m.m.). När det gäller villkoren i skolan har omfattande nordisk pedagogisk genusforskning påvisat att flickor och pojkar tenderar att behandlas olika.^{110,111,112,113,114,115} Undervisningens uppläggning liksom läromedel och skolorganisation privilegierar pojkar medan flickors erfarenheter nedvärderas. Flickor fostras i större utsträckning än pojkarna till att vänta, till att låta sig avbrytas och till att andra bestämmer medan pojkarna i stället tenderar att uppfostras till starkt självförtroende och till dominans. Flickor får därigenom en sämre situation och arbetsmiljö i skolan vad beträffar självförtroende, självhävselförmåga samt mål-inriktning, vilket kan vara en bidragande faktor till flickors sämre hälsoutveckling i skolan. Mot denna bakgrund bör flickors och pojkars olika arbetsmiljö i skolan uppmärksammas.

Studier från medelstora norrländska samhällen har bland såväl pojkar som flickor påvisat samband mellan psykosociala arbetsmiljöbrister i skolan (såsom för höga krav, brist på inflytande och dåliga kamratrelationer) och ohälsa i form av somatiska och psykiska symptom, stress samt dåligt självförtroende.¹¹⁶ Bristande inflytande förefaller ha särskilt negativa effekter på flickors hälsa, vilket kan bero på flickors

¹⁰⁹ Gillander-Gådin K, Hammarström A. Könsteoretiskt perspektiv på skolbarns arbetsmiljö och hälsa. Rapport från baslinjeundersökningen HT 1993. Umeå/Sundsvall: Inst. för Allmänmedicin, Umeå Universitet och Yrkes- och miljömedicinska kliniken, Sundsvalls sjukhus, 1994.

¹¹⁰ Käller KL. Fostran till andrarang. Uppsala: Acta universitatis Upsalienses, Uppsala 1990 [Uppsala studies in education, 34, akad. avh.].

¹¹¹ Kruse AM. "...We have learnt not just to sit back, twiddle our thumbs and let them take over." Single-sex settings and the development of a pedagogic for girls and a pedagogic for boys in Danish schools. *Gender and education* 1992; 4:81-103.

¹¹² Bjerrum-Nielsen H, Rudberg M. Historien om flickor och pojkar. Lund: Studentlitteratur, 1991.

¹¹³ Staberg EM. Olika världar – skilda värderingar. Hur flickor och pojkar möter högstadiets fysik, kemi och teknik. Umeå: Umeå universitet, Pedagogiska institutionen, 1992 (akad. avh.).

¹¹⁴ Gulbrandsen LM. Bland hester og gorillaer i skolegården: Utvikling i en kjønnet kultur. *Nytt om kvinneforskning*, 1994;18:21-33.

¹¹⁵ Öhrn E. Gender, influence and resistance in school. *British Journal of Sociology and Education* 1993;14:147-158.

¹¹⁶ Gillander-Gådin K, Hammarström A. School-related health – a cross-sectional study among young boys and girls. *International Journal of Health Services* in press.

processen.¹²² Maktmobilisering (dvs. människors förmåga att få kunskap och kontroll över personliga, sociala, ekonomiska och politiska krafter i syfte att agera för att förbättra sina livsvillkor)¹²³ förutsätter dock att eleverna blir aktörer i det förebyggande hälsoarbetet, dvs. att de själva definierar sina hälsoproblem, bestämmer interventioner och har makt över förändringsarbetet. Detta kräver att vuxna förändrar sitt synsätt till att betraka flickors och pojkars synpunkter och upplevda behov som giltiga och accepterar deras kompetens att fatta beslut i hälsofrågor. Det krävs också att nya metoder utvecklas utifrån flickors och pojkars olika perspektiv samt att modeller utarbetas som placerar barns och ungdomars hälsa i ett bredare, socialt sammanhang. Hälso- befrämjande insatser i skolan bör ta hänsyn till den asymmetriska maktfördelningen mellan flickor och pojkar i skolan samt utmana den existerande genusordningen på en institutionell nivå.

Ätstörningar framstår alltmer som ett folkhälsoproblem som framför allt drabbar flickor. WHO-studien "Skolbarns hälsa" visar att drygt hälften av flickorna i årskurs nio i Sverige bantar eller tycker att de borde gå ner i vikt, jämfört med knappt var femte pojke.¹²⁴ Bland flickor enbart ökar denna andel med åldern från cirka var fjärde flicka i årskurs fem till cirka 40 procent i årskurs sju. Den ackumulerade prevalensen av anorexi bland 18-åringar uppskattas till 1 procent bland flickor jämfört med 0,1 procent bland pojkar, medan ospecifika ätstörningar antas vara minst tre till fyra gånger vanligare.¹²⁵ Forskningen kan ej entydigt bekräfta att anorexi och bulemi har ökat under senare åren.

Ätstörningar hänger nära samman med ungdomars psykosociala hälsa, välbefinnande och självförtroende och bör ses i sitt samhällsliga sammanhang av kvinnoförtryck, vilket tar sig uttryck i extremt smalhetsideal, kropps- och skönhetsfixering. På senare år har även pojkar och män påverkats av ändrade manliga kroppsideal med bl.a. bodybuilding och risk för steroidanvändning som följd. Det är en svår balansakt att i folkhälsoarbetet nå ut med budskapet om övervikt och

¹²² Kalnins I, McQueen DV, Backett KC, Curtice L, Currie CE. Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*. 1992;7:53-9.

¹²³ Israel B, Checkoway B et al. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly* 1994;21(2):149-70.

¹²⁴ Danielsson M. Skolbarns kroppsuppfattning. Delrapport från studien "Skolbarns hälsovanor". Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998.

¹²⁵ Ett liv av vikt. Fem år senare. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999.

fettsnål diet utan att samtidigt spä på samhällets smalhetsideal och bantningsbeteende. Åtstörningar bör uppmärksammas dels i text om uppväxtvillkor, dels i text om fysisk aktivitet och matvanor.

13.3.8 Tobak, alkohol

De hälsorelaterade vanorna har i stort sett utvecklats positivt i Sverige under de senaste åren men det finns viktiga genusaspekter att belysa. Andelen rökare minskar totalt sett men bland kvinnor har minskningen varit relativt blygsam.¹²⁶ Kvinnor i yngre åldersgrupper röker mer än män och män har slutat röka i större utsträckning än kvinnor i nästan alla åldersgrupper. Det saknas forskning om varför kvinnor är mer obenäga än män att sluta röka. En förklaring kan vara att män i motsats till kvinnor går över från rökning till snusning. Smalhetsidealen i samhället är förmodligen en viktig orsak till att kvinnor börjar och fortsätter att röka. Kvinnors livsvillkor med stress i såväl arbete som i hemmet har också lanserats som en förklaring.¹²⁷ Det är också visat att kvinnor i lågbetalda omsorgsyren oftare än andra är rökare; rökpausen kan bli den enda tid som kvinnan får ha för sig själv i en tillvaro som går ut på att uppfylla andras behov. Bland både kvinnor och män är andelen rökare cirka dubbelt så hög bland arbetare som bland tjänstemän på mellan- och högre nivå.

Kvinnors alkoholkonsumtion ökade under 1970- och 1980-talet mer än männens, men därefter har könsskillnaderna stabiliserats. Män dricker ungefär en halv gång så mycket som kvinnor och andelen högkonsumenter¹²⁸ är betydligt högre bland män. Samtidigt tål kvinnor rent fysiologiskt mindre alkohol än män. Det medför också att kvinnliga alkoholister relativt snabbt ådrar sig såväl alkoholrelaterade sjukdomar som sociala problem. Därför är det viktigt att utveckla adekvata behandlingsformer som når kvinnor tidigt i missbruket.

Alkohol ökar risken för kvinnor att utsättas för sexuella övergrepp men det omvända gäller också, dvs. hög alkoholkonsumtion kan vara en följd av sexualiserat våld. Kvinnors dryckesvanor hänger på flera sätt samman med familjerelationerna, exempelvis makens missbruk. Däremot medför barn minskat drickande bland kvinnor men inte bland

¹²⁶ Folkhälsorapport 1997 a.a.

¹²⁷ Kvinnors helse i Norge. Oslo: Sosial og helsedepartementet, 1999 (NOU 1999:13).

¹²⁸ En konsumtion motsvarande 35 g 100 procent alkohol eller mer per dag för män, jämfört med 25 g för kvinnor.

män.¹²⁹ Mörkertalen är dock stora när det gäller kvinnor och alkohol. Missbruk är alltjämt mer accepterat i samhället bland män, vilket ökar risken för skuld och skamkänslor bland missbrukande kvinnor. Rädsla att förlora vårdnaden om barnen är ett annat förhållande som ökar mörkertalen.

13.3.9 Sexualitet

Folkhälsoarbetet för att förebygga sexuellt överförda sjukdomar (STD) har alltmer övergått till att betona sexualitet och samlevnad ur ett hälsobefrämjande perspektiv. I det sammanhanget bör viktiga genusaspekter belysas. Det finns motstridiga budskap om kvinnors sexualitet i dagens samhälle.¹³⁰ Å ena sidan skall kvinnor vara vackra, sexiga, attraktiva och feminina. Å andra sidan skall kvinnor vakta sin sexualitet och inte genom alltför utmanande klädsel utmana män till våldtäkt. Härigenom tillskrivs kvinnor ett ansvar för att kontrollera männens sexualitet. Vidare skall kvinnor inte vara alltför tillgängliga men kunna njuta av sexualitet och ha förmåga till sexuell tillfredsställelse. Att förhindra oönskade graviditeter är också kvinnans huvudansvar. Dessa motstridiga budskap kan påverka kvinnors sexualitet på olika sätt.

Sexualitetens uttryck är i hög grad socialt och kulturellt bestämt men vårt samhälle domineras av den manliga heterosexuella uttrycksformen. Kvinnors sexualitet förblir i stor utsträckning osynlig, liksom kvinnors möjligheter att förhandla sig till en säker sexualitet som samtidigt är självvald och njutningsfull.

Homosexuella kvinnors och mäns livssituation och hälsa är likaså ett försummat forskningsområde. I en översiktsartikel konstateras att hälsofrågor är intimt förknippade med lesbiska kvinnors livsvillkor som dubbelt marginaliserade i ett heterosexistiskt, patriarkalt samhälle.¹³¹

¹²⁹ Janlert U, Hammarström A. a.a.

¹³⁰ Kvinnors helse i Norge a.a.

¹³¹ Westerstahl A. Lesbiska kvinnors hälsa. Socialmedicinsk tidskrift 1998;75(1-2);42-7.

13.3.10 Genusinriktad mansforskning

Den folkhälsovetenskapliga genusforskningen har alltmer betonat betydelsen av att problematisera olika maskuliniteters betydelse för hälsan.^{132,133,134} Det faktum att män i nästan alla länder har kortare medellivslängd än kvinnor har rönt förhållandevis litet intresse inom den medicinska forskningen och inom det förebyggande folkhälsoarbetet. I Sverige lever män i genomsnitt fem år kortare än kvinnor, trots att männen generellt sett har bättre levnadsvillkor vad gäller ekonomisk situation, arbetsmiljö, politiskt inflytande med mera. En viktig frågeställning är vad männens strukturella överordning betyder inte bara för kvinnors hälsa utan även för hälsan bland män i olika maktpositioner.

När en man avlider i en frontalkollision efter en våldsam omkörning beror inte detta på något medfött manligt beteende eller på någon förutbestämd manlig könsroll. Mannens våldsamma bilkörning är istället ett sätt för honom att demonstrera maskulinitet, dvs. att göra sig själv till man.¹³⁵ Som nämndes inledningsvis bygger ett genusperspektiv på att idéer om kvinnligt och manligt är socialt, kulturellt och historiskt konstruerade och därmed möjliga att förändra. Genus genomsyrar också de normer och regler som styr vårt beteende och vårt sätt att uttrycka känslor. Den ojämlika fördelningen av makt och arbete mellan kvinnor och män liksom olikheter i livsvillkor i övrigt skapar de könade uttrycksformerna för känslor i vårt samhälle, där den dominerande formen av manlighet är mer förknippad med utåtvändhet (aggressivitet och våld), medan den dominerande formen av kvinnlighet sammankopplas med inåtvända känslor (oro, hopplöshet och nedstämdhet).¹³⁶ Detta får bl.a. som följd att män som demonstrerar den dominerande formen av maskulinitet blir mer benägna än andra män och majoriteten kvinnor att ta risker vad gäller sitt liv och sin hälsa.

¹³² Sabo D, Gordon DF. Men's health and illness. Gender, power and the body. London:Sage 1995.

¹³³ Courtenay W H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000;50:1385–401.

¹³⁴ Gillander Gådin K, Hammarström A. "We won't let them keep us quiet..." a.a.

¹³⁵ Connell R. Masculinities. St Leonards: Allen and Unwin, 1995.

¹³⁶ Courtenay a.a.

13.3.11 Långsiktig satsning på forskning, metodutveckling och utbildning

Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården föreslog i sitt betänkande att forskningsråden (särskilt MFR och SFR) vid medelstilldelning aktivt skall stödja integrering av genusperspektiv i tillämpliga delar av sin forskning.¹³⁷ Vidare konstateras att det fortfarande finns ett behov av ett särskilt stöd till genusforskning med tonvikt på teori- och metodutveckling. Sedan utredningen skrevs har en viss utveckling av den folkhälsovetenskapliga genusforskningen skett, men mycket återstår att göra. Genusforskningen utgör alltså en försvinnande liten del av all folkhälsovetenskaplig forskning, trots en omfattande efterfrågan på dess resultat.

Bemötandeutredningen föreslog vidare en stor satsning på utbildning inom området genusforskning för personal inom hälso- och sjukvården. Ett förslag var att Högskoleverket i sin granskning av läkarutbildningen skulle granska i vad mån genusperspektivet tas upp i utbildningen. Vidare föreslogs att Högskoleverket får ansvar för att samordna en ökad satsning på utbildning av lärarkåren i genusforskning. Universitet och högskolor föreslogs att rutinmässigt ta upp förekomsten av genusperspektiv som kvalitetskriterium vid utvärdering av kursinnehållet.

Mot bakgrund av synpunkterna i detta kapitel är det av synnerlig vikt att genusperspektivet blir mer framträdande inom såväl folkhälsovetenskaplig forskning, metodutveckling som i utbildning. Vidare bör genusperspektivet genomsyra strategierna och de hälsopolitiska målen i betänkandet.

¹³⁷ Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Huvudbetänkande. Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet, 1996 (SOU 1996:133).

14 Hälsa och funktionshinder

14.1 Inledning

Folkhälsopolitiken är förebyggande. Målen och insatserna för en god folkhälsa går ut på att friska människor inte skall bli sjuka eller funktionshindrade. Men i befolkningen ingår också de som redan har en sjukdom eller ett funktionshinder. Även för människor i den situationen behövs förebyggande hälsoinsatser, men delvis ur ett annat perspektiv, eftersom ohälsa och funktionshinder redan finns med i bilden.

Nationella folkhälsokommittén tillsatte under våren 2000 en särskild arbetsgrupp, arbetsgruppen Hälsa och funktionshinder¹, för analys av hinder och möjligheter när det gäller förebyggande hälsoinsatser för funktionshindrade. Denna redogörelse är i huvudsak en sammanfattning av gruppens rapport, "Hälsa och funktionshinder", underlagsrapport nr 18, vilken arbetsgruppen överlämnade till Nationella folkhälsokommittén i juni 2000. Kommitténs sekretariat har sammanställt materialet.

Generella och specifika livsvillkor

När man lever med ett funktionshinder är det viktigt att få möjlighet att leva så att hälsan inte förvärras av den skada eller sjukdom man har. Det handlar också om att inte behöva utsättas för hot mot hälsan i övrigt. De flesta hälso- och ohälsotekniker som är generella för befolkningen gäller också personer med funktionshinder. Men det finns också en rad komplikationer för hälsan som inte är generella, utan *specifika*

¹ I arbetsgruppen Hälsa och funktionshinder har ingått generalsekreteraren vid Svenska Handikapporganisationers Internationella Biståndsförening, Barbro Carlsson, såsom ordförande och frilansjournalisten Malena Sjöberg såsom sekreterare. Vidare har ingått experterna Pelle Johansson, projektledare vid Hjärt- och Lungsjukas Riksförbund, Karin Paulson, filosofie doktor och forskningsledare vid Riksförbundet för Rörelsehindrade barn och Ungdomar, Gerd Peterson, psykolog vid vuxenhabiliteringen i Lund samt Roger Qvarsell, professor i idéhistoria vid Linköpings universitet.

för personer med funktionshinder. Komplikationerna är relaterade till livsvillkoren.

Människor som lever med funktionshinder har i högre grad än andra ohälsosamma stressfaktorer närvarande i vardagen. Det handlar exempelvis om att vara beroende av regelsystem som begränsar ens dagliga liv. De som behöver stöd på grund av funktionshinder blir också utsatta för prövning och granskning av ett specifikt slag, eftersom de flesta former av stöd ges efter behovsprövning. Människors beskrivning av sin egen situation blir ofta ifrågasatt, vilket orsakar en maktlöshet och otrygghet som andra inte behöver uppleva.

För att uppleva hälsa och välbefinnande behöver vi en god balans mellan arbete, vila och rekreation. Den balansen är svårare att uppnå för den som lever med ett funktionshinder därför att funktionshindret ofta innebär en ytterligare faktor som måste rymmas i tillvaron. Många människor med funktionshinder lever med snävre marginaler och måste därför ha en väl planerad vardag för att allt skall fungera. Om något rubbar planeringen kan det få större konsekvenser än för andra därför att det är svårare att improvisera, ändra tider osv.

Funktionshinder är inte alltid ohälsa

Att ha ett funktionshinder är inte alltid liktydigt med att ha en försämrad hälsa. Däremot kan det vara en hälsorisk att ha ett funktionshinder. Den som inte hör är särskilt utsatt vid faror, då det är viktigt att uppfatta larm och varningssignaler. Den som har epilepsi riskerar mer än andra att råka ut för olyckor i vardagen. Det gäller också personer med synskada eller rörelsehinder. Ett rörelsehinder innebär ofta ett slitage på kroppen som med åren kan ge smärta och förslitningsskador.

En kronisk sjukdom kan ge både funktionshinder och ökad risk för annan sjukdom. Ett exempel är diabetes som kan ge synskador och problem med blodcirkulationen. Det är därför nödvändigt med goda insatser från hälso- och sjukvården. En hälsoinriktad sjukvård med goda resurser är en av förutsättningarna för att människor skall kunna bevara hälsan och välbefinnandet när de lever med en kronisk sjukdom. De sjukvårdsinsatser som behövs för att bevara hälsan när man har en kronisk sjukdom är ofta desamma som de förebyggande insatserna. Det som vanligen betraktas som sjukvård blir många gånger hälsovård för den som har en kronisk sjukdom.

Många har flera funktionshinder, något som kan göra det svårare att sköta sin hälsa. För den som har en utvecklingsstörning är det svårt att själv ta ansvar för en sjukdom som kräver att man kan tolka kroppens signaler och ta rätt medicin vid rätt tidpunkt. En synskada gör det svår-

rare att träna och hålla kroppen i god form, vilket är särskilt viktigt om man också har en kronisk sjukdom som astma eller diabetes. Om man har en kronisk sjukdom blir behandlingar och kontakter med sjukvård särskilt besvärliga om man också är döv.

Sjukdomar och funktionshinder kan vara orsakade av olika miljöfaktorer. Det gäller exempelvis elöverkänslighet, trafikskador, bullerskador, belastningsskador och andra arbetsskador, samt ofta också allergier och psykisk ohälsa. Men gemensamt för alla funktionshinder, även dem som inte har orsakats av miljön, är att de är miljörelaterade i den bemärkelsen att en otillgänglig och ohälsosam miljö skapar handikapp och försämrar hälsan.

Olika funktionshinder påverkar livet på skilda sätt, och hoten mot hälsan skiljer sig åt beroende på vilket funktionshinder man har. Tobaksrök i en restaurang är exempelvis inte mer hälsovådlig för en synskadad person än för en seende, men den kan vara livshotande för en person med allvarlig astma. Om man är elöverkänslig påverkas hälsan av datorer och elektronik. Men samma teknik, som är ett allvarligt hot mot hälsan och de grundläggande livsvillkoren för den som är elöverkänslig, är en viktig hälsofaktor för många som har andra funktionshinder. För personer med exempelvis synskada, hörselskada, rörelsehinder eller utvecklingsstörning gör datorerna det lättare att arbeta och studera, kommunicera och skaffa sig information. För att diskussionen om hälsa och funktionshinder skall bli meningsfull måste man alltså beakta en rad komplicerade samband och de skilda förutsättningar och livsvillkor, som olika funktionshinder kan ge.

En god och jämlik hälsa

De hot mot folkhälsan som gäller hela befolkningen är giltiga även för människor med funktionshinder. Det finns en rad hälsofaktorer som är viktiga för alla, men som har särskilt stor betydelse för dem som har funktionshinder. För att ojämlikheten i hälsa för personer med funktionshinder skall kunna minska i förhållande till befolkningen i stort krävs det en större jämlikhet i livsvillkoren och möjligheterna till delaktighet. Funktionshindrade hör till dem som kan göra stora hälsovinster på att leva i ett samhälle med stark social sammanhållning, hög sysselsättning och låga inkomstklyftor.

DALY, Disability Adjusted Life Years

DALY, Disability Adjusted Life Years, är ett mått som FN:s världsorganisation WHO och Världsbanken har konstruerat för att mäta sjukdom och funktionshinder i befolkningsgrupper. Resultaten av mätningarna med hjälp av DALY är tänkta att användas för att göra prognoser och prioriteringar i hälso- och sjukvården. Måttet ifrågasätts av svensk handikapprörelse, som befarar att det kan leda till negativa värderingar gentemot funktionshinder. Även handikappombudsmannen och Nationella folkhälsokommitténs arbetsgrupp Hälsa och funktionshinder har framfört dessa farhågor. Handikappombudsmannen och arbetsgruppen menar att det finns en risk att DALY-måttet kan uppfattas som ett uttryck för att liv med funktionshinder är mindre värt än liv utan funktionshinder. Prognoser och prioriteringar inom hälso- och sjukvården skall grundas på Handikapputredningens grundsats om alla människors lika värde² och Prioriteringsutredningens människovärdesprincip³, anser arbetsgruppen och Handikappombudsmannen. Att prioriteringar skall baseras på synsättet i dessa utredningar slogs också fast i Nationella folkhälsokommitténs delbetänkande Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (SOU 1999:137).

14.2 Hälsofaktorer

I det följande diskuteras faktorer som påverkar möjligheterna för människor med funktionshinder att uppnå och bevara en god hälsa. Nationella folkhälsokommitténs arbetsgrupp Hälsa och funktionshinder genomförde våren 2000 en enkät om hälsa bland handikapporganisationerna. Enkätsvaren utgör ett viktigt underlag för innehållet i avsnittet om hälsofaktorer.

Svaren visar att hälsofrågorna är viktiga och centrala för de flesta organisationer. Alla som svarat, 31 organisationer av 49 tillfrågade, tar upp frågan om människors ekonomiska svårigheter på grund av höga avgifter och kostnader som har med funktionshindret att göra. Möjligheterna till utbildning och arbete nämns som faktorer som har betydelse för både ekonomin och hälsan. Många påpekar bristen på återkommande träning och behandling samt bristen på specialkunskap inom sjukvården och myndigheterna. Svårigheterna att få hjälpmedel, stöd och service är andra frågor som tas upp. Bristerna i samhällets till-

² SOU 1992:52 *Ett samhälle för alla*. Slutbetänkande av Handikapputredningen.

³ SOU 1995:5 *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.

gänglighet och färdtjänstens service diskuteras av många organisationer. Dessa brister påverkar människors livsvillkor i grunden och därmed hälsan. Problem med att få den näring man behöver är en stor fråga för flera grupper, liksom tandvården.

14.2.1 Ekonomi

För många människor med funktionshinder påverkar ohälsan och den privata ekonomin varandra i en ond cirkel. Funktionshindret, som ofta beror på någon sjukdom, kan innebära att man arbetar deltid, är sjukskriven ofta, inte blir delaktig i vidareutbildning osv. Man har inte hälsa, kraft och utrymme i livet att skaffa sig en bra grundutbildning och göra karriär, utan blir kvar i arbetsuppgifter med låg lön. Många blir arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade.

Den onda cirkeln för hälsan uppstår när den låga lönen, förtidspensionen eller a-kasseersättningen inte räcker till för att sköta en allvarlig kronisk sjukdom som den bör skötas. Kvinnor är ofta mer utsatta än män, vad gäller ekonomin.

Merkostnader vid funktionshinder

En av grundtankarna i svensk handikappolitik är att samhället skall kompensera människor för merkostnader på grund av funktionshinder. Handikapporganisationernas enkätsvar tyder på att verkligheten ligger långt från den ambitionen. Detsamma konstaterades av utredningen om avgifter inom handikappområdet⁴. Avgiftsutredningen granskade avgifterna för service och vård och utredde vad de innebar för människors ekonomiska situation. Den presenterade sitt slutbetänkande 1995 och sedan dess har många avgifter för service och vård höjts.

Kommittén Velfärdsbokslut har funnit att konsumenternas utgifter för läkarvård, tandvård och mediciner har ökat med närmare 30 procent mellan 1993 och 1998. Höjda avgifter för tandvård och läkemedel svarar för den största delen av ökningen⁵. Jämfört med år 1996 har avgifterna för hemtjänst och särskilt boende höjts i drygt hälften av landets kommuner⁶.

⁴ SOU 1995:35 *Avgifter inom handikappområdet*. Betänkande av Avgiftsutredningen.

⁵ SOU 2000:3 *Välfärd vid vägska. Utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Velfärdsbokslut.

⁶ Taxor och avgifter för vård och omsorg. Äldreuppdraget 2000:1. Socialstyrelsen 2000.

Boende- och avgiftsutredningen har granskat kommunernas avgifter för boende och tjänster, som äldre och personer med funktionshinder ofta använder⁷. Utredningen konstaterar bl.a. att förbehållsbeloppen, som skall skydda den enskilde mot höga avgifter, har sjunkit från 1995 till 1997, trots att de flesta kommuners förbehållsbelopp enligt Socialstyrelsen var för låga redan 1995. Utredningen föreslår bl.a. att det införs gemensamma riktvärden för kommunernas förbehållsbelopp, ett för äldre, och ett lite högre för yngre med funktionshinder.

Högekostnadsskyddet för mediciner är ett dåligt skydd för personer som lever på förtidspension, särskilt för dem som har låg pension därför att de haft ett funktionshinder sedan de var unga. Vårdavgifterna för slutna sjukhusvård täcks inte av högekostnadsskyddet. När en person måste ligga på sjukhus ofta eller under långa perioder kan det vara svårt att klara kostnaderna för både bostaden och sjukhusvistelsen. Vissa landsting sänker avgiften för den som vårdas länge. Det förekommer att vården blir kostnadsfri efter ett antal vård dygn, men också att avgiften höjs⁸.

Låga inkomster i kombination med höga avgifter för sjukvård och medicin, men också för kommunal service som hemtjänst, färdtjänst, ledsagartjänst m.m. försämrar alltså förutsättningarna att sköta hälsan för många människor med funktionshinder. Vårdbidrag och handikappersättning är tänkta att kompensera merkostnaderna, men Avgiftsutredningen konstaterade att 79 procent av dem som ingick i utredningens merkostnadsstudie har så kallade dolda merkostnader, som inte täcks av handikappersättningen eller andra bidrag⁹. I utredningen bedömdes att dessa dolda merkostnader medförde små eller inga problem för 40 procent av dem som ingick i studien, måttliga problem för lika många och stora eller mycket stora problem för 20 procent.

⁷ SOU 1999:33 *Bo tryggt – Betala rätt. Särskilda boendeformer för äldre samt avgifter för äldre- och handikappomsorg*. Betänkande av Boende- och avgiftsutredningen.

⁸ Taxor och avgifter för vård och omsorg. Äldreuppdraget 2000:1. Socialstyrelsen 2000.

⁹ SOU 1995:35 *Avgifter inom handikappområdet*. Betänkande av Avgiftsutredningen.

Många tvingas avstå

Både Avgiftsutredningen och Handikappolitiska utredningsinstitutets levnadsnivåundersökning¹⁰ har visat att många måste avstå från sådant de behöver därför att pengarna inte räcker till. Man väljer bort fritidsaktiviteter och rekreation, sådant som inte är "nödvändigt". Kostnader för resor, ledsagning, utrustning m.m. gör att många avstår från aktiviteter som de egentligen behöver för hälsans skull. Många, framför allt kvinnor, avstår också från hemtjänst de anser sig behöva därför att avgifterna är för höga.

Det förekommer att människor avstår från sjuk- och hälsovård av ekonomiska skäl. I HANDU:s undersökning uppgav 21 procent av de synskadade kvinnorna och 3 procent av männen att de tvingats minska eller upphöra helt med att utnyttja sjukvården. I en undersökning om hushållens läkemedelskostnader uppgav 4 procent av personerna med blödersjuka att de av kostnadsskäl har avstått från att hämta ut medicin¹¹. Flera handikapporganisationer uppgav att de har medlemmar som befinner sig i liknande ekonomiska situationer.

Rätten att teckna försäkringar

Den ekonomiskt otrygga situation, som många människor med funktionshinder lever i, förvärras av att de i regel inte har samma rätt som andra att teckna försäkringar. Den begränsade rätten berör både barn och vuxna med funktionshinder och gäller såväl livförsäkringar som försäkringar för olycksfall och sjukvård. Handikapprörelsen har i årtionden arbetat för att försäkringsbolagen skall upphöra med denna form av diskriminering. Det har förts förhandlingar mellan handikapporganisationerna och försäkringsbolagen och frågan har uppmärksamats i massmedia många gånger, men ännu har ingen förändring kommit till stånd.

När det gäller vissa genetiska frågor har ett avtal tecknats mellan staten och Sveriges försäkringsförbund. Försäkringsbolagen förbinder sig i avtalet att inte införa krav på genetiska undersökningar vid prövning av ansökan om försäkring. Man säger vidare att man inte skall fråga om resultatet av tidigare genomförd genetisk undersökning upp till en försäkringsersättning på 15 basbelopp, ca 500 000 kr. Försäk-

¹⁰ En hjälpbehovs- och hjälpmedelsstudie: Skiljer sig kvinnor och män åt vad avser behov av och tillgång till hjälp och hjälpmedel samt möjligheter att påverka hjälpinsatser. Handikappolitiska utredningsinstitutet, HANDU 1996.

¹¹ Hushållens läkemedelskostnader. Socialstyrelsen 1999.

ringsbolagen åtar sig att inte undanta någon sjukdom för utbetalning av försäkringsersättning. Avtalet gäller t.o.m. år 2002.

14.2.2 Arbete och utbildning

Arbete

Ungefär 60 procent av alla personer med funktionshinder i yrkesverksam ålder har förvärvsarbete.¹² Det är fler män än kvinnor som har arbete, 62,3 respektive 57,8 procent. Av personer i yrkesverksam ålder i hela befolkningen är 72 procent förvärvsarbetande. Ungefär var sjunde förvärvsarbetande person har funktionshinder. Av alla som inte arbetar är det en fjärdedel som har funktionshinder¹³.

Att ha ett arbete är en av flera fundamentala hälsofaktorer. Eftersom människor med funktionshinder har särskilt svårt att få och behålla ett arbete är det en mycket viktig hälsofråga i ett funktionshinderperspektiv. Arbetet är ett nav kring vilket många olika hälsofaktorer kan knytas. Att ha ett arbete ger en ekonomisk försörjning och en löneutveckling som är bättre än förtidspension. Att ha ett arbete är en del av vuxenidentiteten, att vara och betraktas som en vuxen individ. Att ha ett arbete ger struktur åt dagen. Man har en uppdelning i arbetstid och fri tid, och man har semester. Att ha ett arbete är att ingå i en arbetsgemenskap. Att ha ett arbete är fundamentalt för att knyta sociala kontakter. Att ha ett arbete innebär att man i perioder lär sig nya uppgifter, gör nya erfarenheter, får och klarar av utmaningar, vilket tillsammans bidrar till utveckling.

Sambandet mellan arbetslöshet, ekonomi och ohälsa är tydligt belagt. Långtidsarbetslöshet är ett hot mot hälsan för alla som råkar in i den situationen. Men vad innebär det för hälsan att förlora arbetet om man har ett funktionshinder? Och hur påverkar det hälsan att förtids-

¹² Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden 4:e kvartalet 1998. SCB, Arbetsmarknadsstyrelsen och Rådet för arbetslivsforskning 1999.

¹³ Här används begreppet förvärvsarbete. I SCB:s rapport används begreppet sysselsatta. De som räknas in är anställda, egna företagare, personer som har skyddat arbete, beredskapsarbete, starta-eget-bidrag, personer som arbetar på Samhall eller på utbildningsvikariat och de som är anställda på lönebidrag, med rekryteringsstöd eller med individuellt anställningsstöd.

Studiens definition av funktionshinder är en fysisk, medicinsk eller psykisk nedsättning, som kan medföra begränsningar i det dagliga livet. Den kan ha varit medfödd eller ha uppstått senare genom sjukdom, olycka eller arbetskada. I studien redovisas inte fördelningen mellan förvärvsarbetande kvinnor och män i hela befolkningen.

pensioneras när man är ung, och aldrig komma in på arbetsmarknaden? En studie om arbetsmarknaden för unga med funktionshinder, som tretton ungdomsorganisationer i handikapprörelsen genomförde 1997, visade att hälften av de tusen personer som deltog har arbete¹⁴. Enligt denna studie har unga kvinnor och män arbete i samma utsträckning, men 37 procent av männen har heltidsanställning jämfört med 24 procent av kvinnorna. Nio procent är förtidspensionärer och en lika stor andel arbetslösa.

Det råder stora brister i insatserna för att ge fler personer med funktionshinder möjlighet att delta i arbetslivet. Bristerna gäller bl.a. samordningen av de insatser som görs av olika parter. Den process som behövs för att en person med funktionshinder skall komma in i arbetslivet får inte heller alltid ta den tid som krävs.

Arbetsmiljön

Arbetsplatser och arbetsvillkor måste utformas så att arbetsskador förebyggs. Detta är nödvändigt även för personer med funktionshinder, men begreppet arbetsmiljö har ytterligare en viktig dimension. Om man har ett funktionshinder behöver man en miljö där man kommer in och kan förflytta sig, där informationen och kommunikationen fungerar och där ens arbetsplats är inrättad så att man kan utföra sitt arbete. Det är därför viktigt att varje arbetsplats planeras så att människor med funktionshinder kan arbeta där.

Förutom tillgänglighet och anpassning är hjälpmedel en viktig förutsättning för en bra arbetsmiljö för yrkesarbetande personer med funktionshinder. I dag är ansvaret för hjälpmedel splittrat mellan många myndigheter, vilket gör det svårt att få tillgång till de hjälpmedel man behöver.

Utbildning

Möjligheterna till utbildning är en ofrånkomlig faktor när man diskuterar sambandet mellan ekonomi och hälsa. Utbildning ökar förutsättningarna för att få ett arbete med god lön samt möjligheterna att själv påverka sina arbetsvillkor, vilket i sin tur gör det lättare att kombinera yrkesarbete med arbetet att sköta ett funktionshinder.

¹⁴ Arbetsmarknad för unga med funktionshinder. En undersökning om funktionshindrades villkor i arbetslivet. Slutrapport från ett projekt. DHR-Ung1997.

De förutsättningar som barn med funktionshinder erbjuds i grundskolan och gymnasieskolan har stora brister. Skolverket studerade 1993 skolsituationen för 125 elever med fysiska funktionshinder i åtta kommuner. Studien visade att skolledare, lärare och elevvårdspersonal anser att eleverna får en utbildning som i stort sett är likvärdig andra elevers. Men när de bedömer likvärdigheten hänvisar de i huvudsak till de kompensatoriska insatser som skolan gjort, inte till elevernas kunskap i förhållande till lokala och nationella mål. Skolverket konstaterar i rapporten att rörelsehindrade elevers skolsituation behöver analyseras utifrån målet att de skall ha en utbildning som är likvärdig den utbildning som andra elever får.

Personer med funktionshinder är underrepresenterade på högskolan¹⁵. Bristen på praktiskt och pedagogiskt stöd, fysisk tillgänglighet och hjälpmedel är några orsaker. Flera organisationer, som besvarat arbetsgruppens enkät, tar upp frågan om studievillkoren på högskolenivå. Många ungdomar blir försenade i sin utbildning på grund av sitt funktionshinder, och kan behöva särskilda tidsramar för sitt studielån, men Centrala studiestödsnämndens regler försvårar ibland studierna för studerande med funktionshinder.

Funktionshinder och socialgrupp

Det finns en ömsesidig påverkan mellan faktorerna socialgrupp och funktionshinder. Att ha en kort utbildning och tillhöra en låg socialgrupp innebär större risk att *få* ett funktionshinder. Och för personer som *har* ett funktionshinder är det svårare än för andra att skaffa sig en lång utbildning och ett välbetalt arbete.

Socialgruppstillhörigheten har betydelse för människors livsvillkor. Kort utbildning och dålig ekonomi innebär utsatthet i alla sammanhang. För människor som lever i den situationen och även har ett funktionshinder kan det bli fråga om två former av utsatthet, som förstärker varandra.

Ett funktionshinder kräver mycket av människors, eller deras familjers, egen kraft och förmåga. Den som behöver hjälp från samhället på grund av funktionshinder förutsätts ofta ta egna initiativ. I LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, betraktas det egna initiativet som ett värde i sig. Var och en skall själv bedöma sitt hjälpbehov, skaffa sig information och sedan ansöka om stöd och service. Att initiativet ligger hos individen är viktigt för att förändra

¹⁵ Blom M. *Tillgängligheten för funktionshindrade vid högre utbildning*. Sibus, Statens institut för särskilt utbildningsstöd 1997.

synen och förväntningarna på personer med funktionshinder. Men för att kunna vara delaktiga och aktiva medborgare måste människor ha möjlighet att ta initiativ, och de som behöver stöd att ta initiativ måste få det. Rätten att ta egna initiativ och slippa förmynderi är värdefull. Men den praktiseras ibland på ett sätt som inte var intentionen i LSS. Om alla enskilda förväntas kunna driva sina egna ärenden och motivera sina behov utan stöd, blir många övergivna, vilket påverkar livsvillkoren och hälsan.

14.2.3 Hälsa, funktionshinder och kön

Skillnader i livsvillkor

Det finns stora skillnader mellan kvinnors och mäns livsvillkor, och jämställdheten blir inte bättre om funktionshinder finns med i bilden. Underordningen av kvinnor med funktionshinder fungerar likadant som underordningen av kvinnor i allmänhet. Könscrollerna är desamma och i en del sammanhang blir diskrimineringen ännu tydligare när en kvinna har ett funktionshinder. Frågan om funktionshinder och hälsa måste alltså, liksom andra frågor, studeras med könsperspektiv för att kvinnors villkor skall bli fullt synliga.

Kvinnors och mäns hälsa

Enligt SCB:s levnadsnivåundersökningar är kvinnor med funktionshinder tröttare och har sämre hälsa än män med funktionshinder¹⁶. 46 procent av männen uppger att deras hälsa är god, men bara 32 procent av kvinnorna. 43 procent av männen och 60 procent av kvinnorna har ofta känt sig trötta de senaste två veckorna, medan 10 procent av männen och 20 procent av kvinnorna uppger att de känt sig trötta för jämnan. På frågan om man känt ängslan, oro eller ångest är svaret ja från 23 procent av männen och 36 procent av kvinnorna. Av männen svarar 40 procent att de tidvis har svåra eller mycket svåra besvär på grund av långvarig sjukdom. Motsvarande tal för kvinnor är 52 procent. De skillnader mellan kvinnors och mäns hälsa som nämnts här gäller alltså personer med funktionshinder, men överensstämmer i stora drag med skillnaderna mellan kvinnor och män i hela befolkningen.

¹⁶ Handikappade 1975–1989. Levnadsförhållanden. Rapport 74. SCB 1992.

Ett antal olika studier visar att det är svårare för kvinnor med funktionshinder än för män att få den hjälp de behöver. Det är en större andel kvinnor än män som uppger att de *inte* får den hemtjänst de behöver¹⁷. Män får en relativt större andel av rehabiliteringsinsatserna jämfört med kvinnor¹⁸, de har lättare att få handikappersättning¹⁹ och bilstöd²⁰. Det är fler kvinnor som använder hjälpmedel, och de betalar oftare för dem än vad männen gör²¹. Det är betydligt fler män än kvinnor som har skyddat arbete och anställning med lönebidrag. I december 1999 var det enligt AMS:s statistik 1 000 kvinnor och 4 000 män som hade offentligt skyddat arbete. 19 000 kvinnor och 29 000 män hade lönebidrag.

Rehabilitering och kön

Färre kvinnor än män med funktionshinder förvärvsarbetar. Som vi nämnt har knappt 58 procent av kvinnorna arbete jämfört med drygt 62 procent av männen. Det är också betydligt fler kvinnor än män som är långtidssjukskrivna och har förtidspension. I december 1999 var det enligt riks försäkringsverkets statistik 238 000 kvinnor och 186 000 män som hade förtidspension eller sjukbidrag.

Flera studier tyder på att detta har ett samband med att den arbetslivsinriktade rehabiliteringen ger bättre effekt för män än för kvinnor. Bäckström har i sin forskning konstaterat att män fick rehabilitering tidigare än kvinnor och mer omfattande insatser²². Männen fick oftare omskolning, medan kvinnorna fick börja med arbetsträning. Både männen och kvinnorna i Bäckströms studier ville ha och behövde ett avlönat arbete. Men det fanns en stor och viktig skillnad mellan könen. Kvinnorna behövde också ha tid och ork över till sitt oavlönade arbete i hemmet, men, konstaterar Bäckström, den aspekten finns inte med i rehabiliteringsarbetet.

¹⁷ Handikappade 1975–1989. Levnadsförhållanden. Rapport 74. SCB 1992.

¹⁸ Bäckström I. *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjuka kvinnor och män*. Umeå universitet 1997.

¹⁹ Hetzler A. *Socialpolitik i verkligheten. De handikappade och försäkringskassan*. Bokbox förlag 1994.

²⁰ Rapport till regeringen. Handikappombudsmannen 1995.

²¹ En hjälpbehovs- och hjälpmedelsstudie: Skiljer sig kvinnor och män åt vad avser behov av och tillgång till hjälp och hjälpmedel samt möjligheter att påverka hjälpinsatser. Handikappolitiska utredningsinstitutet, HANDU 1996.

²² Bäckström I. *Att skilja agnarna från vetet. Om arbetsrehabilitering av långvarigt sjuka kvinnor och män*. Umeå universitet 1997.

Förtidspension på deltid

Bland dem som har förtidspension är det en större andel av kvinnorna än av männen som har deltidspension. År 1999 var det 22 000 kvinnor som beviljades förtidspension eller sjukbidrag. 61 procent av dem fick hel förtidspension, 27 procent fick $\frac{1}{2}$ pension, 9 procent fick $\frac{1}{4}$ pension, och 3 procent fick $\frac{3}{4}$ pension. Av de 17 500 män som fick förtidspension eller sjukbidrag samma år fick 72 procent hel, 21 procent $\frac{1}{2}$, 4 procent $\frac{3}{4}$ och 3 procent $\frac{1}{4}$ pension.

En anledning till att kvinnor oftare får deltidspension är att kvinnor betydligt oftare än män har deltidsarbete, vilket innebär att de inte är berättigade till heltidspension när de får ett funktionshinder. En annan anledning kan vara att försäkringskassan väger in arbetsinsatsen i hemmet när den s.k. arbetsförmågan skall bedömas. Lagen om allmän försäkring, 7 kap. 3 § lyder:

”Vid bedömning av arbetsförmågan skall värdet av hushållsarbete i hemmet i skälighetsmått likställas med inkomst av förvärvsarbete.”

Eftersom kvinnor i allmänhet har huvudansvaret för arbetet i hemmet blir denna paragraf aktuell betydligt oftare när kvinnors arbetsförmåga skall bedömas än när bedömningen gäller män.

Våld och övergrepp

Våld och övergrepp mot personer med funktionshinder drabbar båda könen. Här begränsas redogörelsen dock till sexuellt våld och misshandel som riktar sig mot kvinnor med funktionshinder. Många funktionshinder skapar en särskild utsatthet. Kvinnor med rörelsehinder kan ha svårt att försvara sig och fly. Kvinnor med synskador kan ha samma svårigheter och dessutom ha problem med att identifiera en förövare. Kvinnor med utvecklingsstörning eller talsvårigheter kan ha svårt att anmäla förövaren och skildra vad som hänt, vilket gör att de också har svårare än andra kvinnor att bli trodda när de berättar. Omfattningen av våld mot funktionshindrade kvinnor är okänd, men med tanke på den utsatthet och det beroende som kvinnor med funktionshinder kan befinna sig i finns det anledning att tro att mörkertalet är stort.

Både fysiska och psykiska funktionshinder kan också vara en följd av våld. Kvinnor som lever med psykiska svårigheter har ofta utsatts för sexualiserat våld under sin uppväxt. Det finns vissa studier som

pekar på att det kan gälla mer än 70 procent av alla kvinnor som kommer i kontakt med psykiatri²³.

I en norsk studie där 22 kvinnor med funktionshinder intervjuades om sina liv berättade sex av dem att de hade utsatts för sexuella övergrepp²⁴. Några av de andra kvinnorna hade upplevt "nästanvåldtäkter" och otillbörlig beröring, både ute på stan, på institutioner, i taxi och på arbetet. De flesta övergreppen utfördes av män som kvinnorna var beroende av och kände tillit till. Om en kvinna med funktionshinder lever i en situation av fysiskt eller psykiskt beroende kan hon ha svårt att sätta gränser och skydda sin integritet, menar Sørheim. För den som behöver praktisk personlig hjälp kan gränsen för vad som är legitim beröring vara oklar och därmed också möjligheten att bestämma över sin egen kropp, säga nej och bli respekterad.

14.2.4 Barn

De hälsofaktorer som är specifika för personer med funktionshinder i allmänhet är giltiga även för barn med funktionshinder. Utöver dessa finns det några faktorer som gör att barns situation skiljer sig från vuxnas. Barn växer och utvecklas snabbt, men de måste liksom vuxna ofta vänta på stöd och service, hjälpmedel m.m. Barn får inte alltid den träning och behandling de behöver, bl.a. därför att barn- och ungdomshabiliteringen har otillräckliga resurser. Inom skolhälsovården råder det många gånger brist på både resurser och kunskap om funktionshinder. Sådana brister får konsekvenser för barnen, både vad gäller utvecklingen och hälsan.

Det blir också lätt ett motsatsförhållande mellan dessa behov och det självklara behovet att vara barn som andra barn. Funktionshindrade barns uppväxt behöver präglas av lek, lärande och kamratkontakter i samma utsträckning som andra barns, men så ser villkoren inte ut för alla, särskilt inte för barn med flera funktionshinder. Det stöd barnen får i habiliteringen, förskolan och skolan fungerar inte alltid integrerande som det bör, utan är i stället utformat så att det blir särskiljande.

²³ Stefan S. *Reforming the Provision of Mental Health Treatment in Man-Made Medicine. Women's Health Public Policy and Reform*. Duke University Press 1996.

²⁴ Sørheim Arntsen T. *Vanlige kvinner – uvanlige utfordringer. En studie av kvinner med funksjonshemning*. Universitetet i Oslo 1998.

Stöd till föräldrar

En hälsofaktor för barn med funktionshinder är att föräldrarna får stöd från samhället. När ett barn har funktionshinder innebär det ofta merarbete för föräldrarna, framför allt för mamman.

Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, RBU, har gjort en enkätundersökning bland 860 familjer med barn med rörelsehinder. Studien visar bl.a. att många familjer tycker att samhället inte tar tillräckligt stort ansvar när det gäller att stödja familjer i det extra föräldraansvar som det innebär att ha ett barn med funktionshinder. Resultaten från studien visar också att det finns stora brister vad gäller både det praktiska, ekonomiska, sociala och psykologiska stödet. Föräldrar till barn med rörelsehinder har betydligt sämre hälsa än andra föräldrar. Drygt 40 procent av mammorna och 25 procent av papporna bedömer att de har sämre hälsa än andra mammor respektive pappor. Det är framför allt de mammor som har barn med omfattande funktionshinder, som anser att de har dålig hälsa²⁵.

Lek och motion

Barn med funktionshinder har självklart samma glädje av lek, träning och motion, bad och vistelse i naturen som andra barn. Bristerna i samhällets tillgänglighet och i tillgången till hjälpmedel försvårar dock de flesta fritidsaktiviteter för barn. Hjälpmedel för fritiden får man nästan aldrig kostnadsfritt. Därför innebär de ofta stora kostnader för familjer, som har barn med funktionshinder.

Barn med koncentrationsproblem

Det finns anledning att här uppmärksamma de barn som har särskilda problem med bl.a. koncentration och uppmärksamhet. Barnens diagnos är ofta Damp eller ADHD. Barnen har ofta flera problem med olika omfattning och varierande yttringar. De hanterar också sina svårigheter på olika sätt. Det är vanligt att de är stökiga och störande, men många reagerar tvärtom och är tysta, passiva och tillbakadragna. Detta leder till att de har ännu svårare att få det stöd de behöver, både i skolan och i övrigt. En viktig orsak är att ingen har huvudansvaret för de olika insatserna.

²⁵ Paulsson K, Fasth Å. *"Man måste alltid slåss på byråkraternas planhalva!"* Livsvillkorsprojektet. En studie av livsvillkoren för familjer med barn med rörelsehinder. RBU 1999.

14.2.5 Invandrare

Det finns inga hälsostudier gjorda om personer med funktionshinder och utländsk bakgrund. Socialstyrelsen har undersökt kommunernas stöd till personer med funktionshinder och utländsk bakgrund. En enkät till 85 kommuner visade att i stort sett ingen av dem hade kartlagt hur många invandrare med funktionshinder det fanns i kommunen, vare sig av socialtjänsten eller av LSS-handläggare²⁶. Några kommuner hade kartlagt förekomsten av funktionshinder i grupper från enskilda länder och någon kommun hade kartlagt invandrare med posttraumatiskt stressyndrom.

De faktorer som är viktiga för en god hälsa för personer med funktionshinder gäller i lika hög grad invandrare med funktionshinder som svenskfödda. Därutöver finns det en rad särskilda faktorer. Det är bl.a. möjligheterna att få rehabilitering, hjälpmedel och annat stöd när man anländer till Sverige som asylsökande. Det är också en fråga om att få särskilt stöd att lära sig svenska och att få samma stöd som infödda svenskar att komma in på arbetsmarknaden. En annan komplikation är att många familjer har en syn på funktionshinder som skiljer sig från synen hos den personal de möter i Sverige. Detta kan göra det svårt för dem att ta emot den hjälp som erbjuds. Därför är det viktigt att det finns möjlighet att få stöd på sitt eget modersmål. Handikapp- och invandrarorganisationerna kan utgöra en hälsofaktor för invandrare med funktionshinder, men mycket få av dem är medlemmar i de vanliga handikapporganisationerna. Invandrare med funktionshinder från några länder har bildat egna organisationer.

14.2.6 Bemötande och tillgänglighet

Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder visade att människor med alla slags funktionshinder har erfarenheter av dåligt bemötande på grund av just funktionshindret²⁷. Brister i bemötandet påverkar tilliten till samhället och skapar otrygghet, vilket kan få konsekvenser för hälsan, särskilt för personer som är mycket beroende av samhällets stöd.

²⁶ Kommunens stöd till personer med funktionshinder som har utländsk bakgrund. Socialstyrelsen 1998.

²⁷ SOU 1999:21 *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet av personer med funktionshinder*. Slutbetänkande av utredningen om bemötande av personer med funktionshinder.

Ett otillgängligt samhälle inskränker rörligheten och valfriheten för många människor. Att inte kunna ta sig dit man vill, inte kunna välja den biograf eller restaurang man önskar, och inte kunna hälsa på sina vänner därför att miljön inte är tillgänglig innebär att man faktiskt inte kan bestämma över sin egen tillvaro. Man måste planera allt man skall göra och ha ständig beredskap för att ändra planerna. Allt detta skapar och förstärker utanförskap, maktlöshet och ett praktiskt beroende av andra människor. En konsekvens är att hälsan påverkas negativt.

Bristerna i tillgänglighet gäller också i hälso- och sjukvården. Bristerna finns inte minst inom den förebyggande kvinnliga hälsovården. Det gäller exempelvis lokaler och utrustning för mammografi, gynekologi, mödravård och specialistmödravård.

Otillgänglig information

Att kunna ta del av information och tala med människor i sin omgivning kan många gånger rent konkret vara en hälsofråga. Det kan röra sig om att kunna kommunicera med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, tandläkare och andra yrkesgrupper inom behandling, träning, rehabilitering, motionsverksamhet osv. Tillgången till information och kommunikation är i sig en hälsofråga därför att det handlar om delaktighet och tillhörighet, om att uppleva känsla av sammanhang. I ett samhälle med stark social sammanhållning skall alla medborgare kunna delta. Det förutsätter att alla har möjlighet att skaffa sig information och göra sig hörda.

14.2.7 Kost- och levnadsvanor

Vissa funktionshinder försämrar möjligheterna till goda kost- och levnadsvanor. Personer med utvecklingsstörning behöver människor i omgivningen som hjälper till att handla och laga bra mat och bidrar till att måltiderna blir trivsamma. Detta är en sida av det som i LSS kallas *omvårdnad* och är en rättighet i samband med vissa LSS-insatser.

Många människor med psykiska funktionshinder har liknande behov av stöd för att få i sig näringsriktig, lagad mat. Det är vanligt att personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder både äter ohälsosam mat och lever inaktiva liv, med övervikt och dålig hälsa som följd. Hos människor med psykiska funktionshinder är viktökning också en vanlig biverkan av neuroleptika, främst därför att medicinen ökar hungerkänslan.

Andra funktionshinder kan innebära att man får praktisk hjälp med maten, exempelvis av hemtjänsten eller en personlig assistent. För personer med rörelsehinder är matinköp ofta förknippade med svårigheter därför att matvaruaffärer inte alltid är tillgängliga. Personer som är synskadade har svårt att få information om sådant som har med kosten att göra. Det gäller både allmänna kostråd, information om nya produkter osv. Matvaruaffärer saknar också varuinformation som personer med synskada kan ta del av.

För barn och vuxna med omfattande rörelsehinder kan de motoriska svårigheterna ibland innebära problem att bokstavligen få i sig tillräckligt med mat. Personer i den situationen måste få assistans av någon som har möjlighet att låta måltiderna ta så lång tid som behövs.

Rökning och missbruk av alkohol och andra droger är dessutom mer utbrett bland personer med psykiska funktionshinder än bland genomsnittsbefolkningen. År 1998 var cirka 20 procent av de vuxna i Sverige dagligrökare²⁸. Studier i USA har visat att andelen rökare bland personer med schizofreni var extremt hög, 74–88 procent. Bland personer med andra psykiatriska diagnoser var 45–70 procent rökare²⁹.

Allvarlig psykisk sjukdom ökar risken för hjärt-, kärl- och lungsjukdomar, och orsakerna är främst övervikt, rökning och inaktivitet. Övervikten kan också ge symptom som ibland liknar grundsjukdomen, exempelvis depression, trötthet, social isolering, sömnbesvär och initiativlöshet.

Specialkost

Många människor med funktionshinder behöver specialkost, som tillskott eller som enda föda. För personer som är intoleranta mot gluten, laktos, mjölkprotein och sojaprotein är det maten som är medicinen. Med fel mat blir man sjuk, med rätt mat är man frisk. Men specialkosten är dyr, och möjligheterna till ekonomiskt stöd kan variera beroende på var i landet man bor och om man är ålderspensionär eller inte.

En del mag- och tarmsjukdomar gör att näringsdrycker är en viktig, ofta livsnödvändig, del av behandlingen. Det ekonomiska stödet till näringsdrycker skiljer sig åt mellan landstingen. Villkoren skiftar från att brukarna får ta hela kostnaden själva till att de får näringsdryckerna i det närmaste kostnadsfritt. Personer med diabetes, cystisk fibros eller

²⁸ SOU 1999:137. *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén.

²⁹ Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1986.

multipl födoämnesallergi har också i regel högre matkostnader än andra, men det är svårt att få handikappersättning även om man har stora merkostnader.

14.2.8 Motion och rekreation

Att ha ett funktionshinder komplicerar ofta sådant som för alla är grundläggande för hälsan, exempelvis att motionera. Många funktionshinder innebär dessutom att det är särskilt viktigt att ha en bra kondition. Med en bra grundkondition lever man friskare med de flesta kroniska sjukdomar, man blir mindre trött och dålig av exempelvis ett astmaanfall, och klarar ett sjukdomsskov bättre. En bra grundkondition kan också minska smärta. Människor som använder kryckkäppar eller manuell rullstol behöver god styrka i armarna. Att inte ha övervikt är betydelsefullt också för personer med bl.a. hjärtsjukdomar, diabetes eller sjukdomar som påverkar lederna.

Framför allt på större orter finns det möjligheter till idrott och fritidsaktiviteter för barn, ungdomar och vuxna inom Svenska Handikappidrottsförbundet. Förbundet har cirka 50 000 medlemmar i 400 föreningar. Ungefär hälften av medlemmarna är aktiva, med jämn fördelning mellan könen. Det är framför allt personer med synskada, rörelsehinder och utvecklingsstörning som är medlemmar i föreningarna. Döva har ett eget idrottsförbund med en rad olika idrottsgrenar. Handikappidrotten är viktig och värdefull, och behöver växa eftersom det bara är en liten del av alla personer med funktionshinder som är aktiva.

Det finns ett visst utbud av idrottsaktiviteter som ofta fungerar som habilitering eller rehabilitering. För barn finns det exempelvis ridning, simning och rullstolsträning, aktiviteter som i huvudsak bara finns att tillgå i stora kommuner. Verksamheter av det slaget är ofta privat organiserade och barnens deltagande betalas i regel av föräldrarna.

Fysisk aktivitet genom kontinuerlig träning och behandling

För människor med funktionshinder som för andra har det en grundläggande betydelse för hälsan att få möjlighet till fysisk aktivitet. För det stora flertalet är det dock ingen självklarhet att kunna motionera. Problemen kan ligga i skadan eller funktionshindret, exempelvis rörelsehinder, smärta eller trötthet, men ofta är det bristande tillgänglighet i samhället och brist på assistans som är de största hindren.

Många behöver få tillgång till fysisk aktivitet på andra sätt än genom idrott och sedvanlig motion. Det kan ske t.ex. genom sjukgymnastik som då kan sägas motsvara joggingrundan eller cykelturen. De flesta personer med funktionshinder behöver sådan återkommande träning och behandling regelbundet under hela livet för att exempelvis uppehålla funktioner, för att skydda leder mot förslitning, och för att lära sig nya grepp när funktioner försvagas. Träning och behandling av detta slag är hälso- och sjukvårdens ansvar.

Tillgänglighet till motion

Tillgängligheten i olika slags motionsinrättningar har klara brister. Av alla kommunala idrottshallar är 56 procent inte tillgängliga för utövare med rörelsehinder. Av simhallarna är 38 procent inte anpassade och av ishallarna 48 procent. För idrottsutövare med allergi är 84 procent av idrottshallarna inte tillgängliga, 71 procent av simhallarna och 79 procent av ishallarna.

Dessa siffror är hämtade från en undersökning som Handikappombudsmannen gjort om tillgängligheten i landets kommuner. Uppgifterna ger en tydlig indikation på rörelsehindrade respektive allergiska personers möjligheter att sköta sin hälsa³⁰.

Exemplen från studien gäller tillgängligheten för personer med rörelsehinder och allergi, men motionslokaler är ofta dåligt tillgängliga även för personer som är elöverkänsliga, synskadade eller utvecklingsstörda.

Tillgänglighet till träning och motion är också en fråga om utemiljön. Det behöver exempelvis finnas tillgängliga serveringar och toaletter vid strövområden, friluftsanläggningar och utomhusbad. Det skall vara möjligt att ta sig från parkeringsplatsen till stranden utan att hindras av trappor eller lös sand, omklädningsrum och duschar skall vara tillgängliga även om man använder rullstol osv.

En synskada gör det svårt att röra sig obehindrat utomhus i vanlig promenadtakt. Att springa ensam är uteslutet för de flesta. Det är nödvändigt att ha någon med sig för att kunna motionera ute i det fria. Många tar hjälp av vänner och anhöriga, och de som inte kan eller vill göra det behöver använda den kommunala ledsagartjänsten.

Men Synskadades Riksförbund, SRF, påpekar i sitt enkätsvar att tillgången till denna service inte är god i alla kommuner och att

³⁰ Undersökning om delaktighet och jämlikhet för personer med funktionsnedsättningar – en enkätundersökning bland Sveriges kommuner. Delrapport till regeringen. Handikappombudsmannen. Reviderad april 1999.

beställningsrutinerna på många håll gör det omöjligt att ta en promenad som inte är planerad och inbokad i förväg. Avgifterna för ledsagning är också hinder för att komma ut och röra på sig³¹.

Hjälpmedel för fritiden

Tillgången till hjälpmedel för fritid, idrott, lek och motion är en påtaglig hälsofaktor. I de flesta landsting och kommuner kan enskilda inte få tillgång till sådana hjälpmedel kostnadsfritt. Ibland finns de att hyra, men ofta måste användarna köpa dem och själva stå för hela kostnaden. Många måste avstå av ekonomiska skäl. Det är också vanligt i dag att privatpersoner söker bidrag från fonder för att få tillgång till hjälpmedel.

Stöd till en aktiv fritid

Utvecklingsstörda personer behöver ofta stöd av sin omgivning för att ge sig ut på aktiviteter som är bra för hälsan. Ett stort hinder är bristen på personal i gruppboheter och på dagcenter, där många människor med utvecklingsstörning har sin dagliga sysselsättning. Med få anställda finns det bara utrymme för kollektiva aktiviteter, som "passar alla". Personalen har inte tid att stödja och stimulera en enskild individ att odla ett eget intresse. En stor del av dem som har utvecklingsstörning har därutöver också andra funktionshinder, exempelvis rörelsehinder, synskada eller hörselskada, vilket ofta komplicerar fritidsaktiviteterna.

Personer med psykiska funktionshinder kan också behöva stöd av andra för att komma ut och röra på sig och sköta sin hälsa. Ett psykiskt funktionshinder kan innebära svårigheter att gå hemifrån, använda allmänna färdmedel, ha kontakt med okända människor och ta andra initiativ som behövs för att ha en aktiv fritid. Det som människor i den situationen ofta behöver är personlig assistans eller stödpersoner och ställen att gå till där miljön, personalen och andra besökare är kända för dem.

³¹ Ledsagning som LSS-insats är kostnadsfri, men de flesta har ledsagning enligt socialtjänstlagen, vilken är avgiftsbelagd.

Skador inom färdtjänsten

En väl fungerande färdtjänst ger förutsättningar för ett aktivt liv och är därför en positiv hälsofaktor. Men färdtjänstens regler och bristen på service motverkar ofta det goda syftet. Färdtjänsten innebär också särskilda hälsorisker för vissa grupper. Den som har rätt till färdtjänst på grund av allergi kan exempelvis tvingas avstå från resor därför att det finns röklukt eller parfymdoft i bilen.

Olyckor inom färdtjänsten har studerats vid Lunds tekniska högskola på uppdrag av vägverket³². Studien genomfördes med hjälp av en enkät bland färdtjänstanvändare i fem kommuner, både tätorter och glesbygdskommuner. Av dem som svarade har en fjärdedel råkat ut för incidenter, tillbud eller skador. Skadorna har ofta lett till ökat behov av personlig assistans, återkommande smärta och sämre rörlighet. Olyckorna och incidenterna beror oftast på att rullstolen inte har blivit ordentligt fastsatt och att säkerhetsbältena inte fungerar. I- och urstigning är också en olycksrisk.

Enligt lag är det föraren som har ansvar för säkerheten i samband med färdtjänstresor. Men utredarna konstaterar att det ibland kan innebära en konflikt för föraren att hålla körtiderna, hjälpa resenärerna och se till att rullstolarna är ordentligt fastspända. Arbetskyddsstyrelsen och Yrkesinspektionen har uppmärksammat olycksriskerna som en arbetsmiljöfråga. Det har uttalats att arbetsgivaransvaret borde bli tydligare. Huvudmännen har ansvar för att ställa krav på säkerhet men också på förarnas utbildning och kompetens.

14.2.9 Hälsa- och sjukvården

Många funktionshinder och kroniska sjukdomar innebär att man behöver mer av både öppen och sluten sjukvård än befolkningen i genomsnitt för att kunna leva ett gott liv. Landstingens besparingar är därför mycket kännbara för människor med funktionshinder och livslånga sjukdomar. Det förekommer exempelvis att personer som behöver dialys får två behandlingar i veckan i stället för tre. På längre sikt leder detta till att människor riskerar att drabbas av större ohälsa och för tidig död. I vissa län är det svårt att få "bromsmedicin" mot Multipel Skleros, MS, på grund av otydliga regler och okunskap bland läkare.

³² Komfort och säkerhet i samband med färdtjänstresor. Vägverket 1999:149.

Specialistsjukvården

Personer med kroniska sjukdomar måste i regel ha livslång kontakt med specialistsjukvården. Vården är många gånger nödvändig för överlevnaden. Men specialistsjukvården blir också i hög grad hälsovård, och måste därför utöver den medicinska kunskapen också ha kunskap om hur det är att leva med sjukdomen i fråga. För den som har en kronisk sjukdom är det ännu viktigare än för andra att sköta sin hälsa, och det är främst specialistsjukvården som skall förmedla kunskapen om hur man skall leva med sin sjukdom för att må så bra som möjligt.

Många handikappgrupper är beroende av läkare med specialistkunskap i neurologi, men bristen är stor. På många håll i landet saknas det också arbetslag, bestående av exempelvis sjuksköterskor, arbetsterapeuter och logopeder med specialistkunskap. På många håll i landet råder det också brist på dietister. Det finns vidare ett stort behov av exempelvis logopeder, tandläkare, neurologer och psykoterapeuter med kunskap om vad det innebär att ha en utvecklingsstörning och vilket särskilt stöd man behöver.

Att sköta hälsan kräver tid

Vissa funktionshinder och kroniska sjukdomar för med sig att det tar tid att sköta sin hälsa. Många människor med exempelvis diabetes, cystisk fibros, tarmsjukdomar eller njursjukdomar behöver regelbunden behandling för att överleva. Andra behöver behandling för att må bra och inte bli sjukare. Behandlingen innebär mycket kontakt och många besök i sjukvården. För att människor skall kunna ha en fungerande social tillvaro och inte få sina liv dominerade av behandlingen måste de kunna ha inflytande över den. Att lätt kunna ta kontakt med sin läkare och att få behandling utan väntetid är särskilt viktigt när behandlingen är ett återkommande inslag i livet. Det har stor betydelse för hälsan att ha kontroll över sådana omständigheter, när man lever med en sjukdom som i hög grad påverkar ens tillvaro.

Psykologiskt stöd

En hälso- och sjukvård som är tillgänglig för alla borde ge lika möjlighet även till psykoterapi, psykiatrisk behandling, sexualrådgivning, behandling för missbruksproblem m.m. För personer med vissa funktionshinder är det svårt att få samma stöd som andra, ofta beroende på att det saknas personal med specialkunskap. För döva är det brist på exempelvis psykiatrisk vård, äldreomsorg och familjerådgivning där

det finns teckenspråkkunnig personal. Servicebostäder där äldre döva får hjälp av personal som kan teckenspråk finns bara på ett par platser i landet. För missbrukare finns det ett behandlingshem med teckenspråkig personal.

Personer med utvecklingsstörning, Damp/ADHD, autism eller språkstörningar behöver också få möta behandlande personal med specialkunskap om just deras funktionshinder. Behovet av psykoterapi bland personer med utvecklingsstörning är exempelvis stort, men det finns mycket få personer med den psykoteraeutiska kunskap som behövs för att behandlingen skall bli meningsfull. På motsvarande sätt behövs det specialkunskap inom barn- och ungdomspsykiatri för att kunna ta emot döva barn och barn och ungdomar med bl.a. Damp/ADHD, autism och språkstörningar.

För personer från andra länder är det viktigt att kunna få psykologiskt stöd på sitt eget språk.

Könsperspektiv i hälso- och sjukvården

Den medicinska kunskapen om män är bättre än den om kvinnor. Det finns stora luckor i kunskapen om vad könsskillnaderna består av och vad de innebär för diagnostisering, behandling, medicinering, rehabilitering osv. Detta påverkar kvinnors hälsa och bör betraktas som en folkhälsofråga. Konsekvenserna av den bristande kunskapen är omfattande och av både medicinsk, social, psykologisk och ekonomisk art.

Utredningen om jämställd vård konstaterade att det saknas kunskap om hur kvinnor med hjärt-kärlsjukdom skall vårdas³³. Många studier har visat att kvinnor får ett mer passivt omhändertagande än män, och att dödligheten efter hjärtkirurgiska ingrepp är högre för kvinnor. Utredningen diskuterade också hälsosituationen för kvinnor med diabetes. Det har visat sig att kvinnor har sämre hälsa och livskvalitet än män och att det finns könsskillnader i vården. Det tycks också vara så att sociala mönster och klasstillhörighet betyder mer för risken att avlida i diabetes för kvinnor än för män. En förklaring kan vara, heter det i utredningen, att lågutbildade kvinnor inte får det stöd och den utbildning de behöver för att förstå sin sjukdom, medan män i motsvarande situation kanske får mer hjälp av anhöriga. Kanske finns det liknande faktorer som ger skillnader i livskvalitet för kvinnor respektive män med andra sjukdomar.

³³ SOU 1996:133 *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*. Betänkande av Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården.

I vissa sammanhang får män sämre stöd än kvinnor. Utredningen om jämställd vård jämför exempelvis det psykologiska stödet till kvinnor med bröstcancer med stödet till män med prostatacancer. Man konstaterar att män mer sällan än kvinnor frågar efter stöd och att det behövs bättre kunskap om kvinnors och mäns olika sätt att tackla krisreaktionerna och stressen vid en livshotande sjukdom.

Sexualrådgivning

Många skador och sjukdomar kan påverka sexuallivet. Det finns ett stort behov av rådgivning för människor som oroar sig för vad deras skada eller sjukdom innebär för deras sexualliv. Det behövs också rådgivning om hur man kan hantera smärta, trötthet, spasticitet, svårigheter att få erektion och andra problem.

Att vara beroende av praktisk hjälp med det personliga kan innebära komplikationer för sexuallivet. Det är fara att integriteten kränks, eftersom det praktiska beroendet innebär att andra människor har insyn i ens privatliv. Dessa komplikationer förstärks av att det fortfarande finns starka tabun kring funktionshinder och sexualitet. För den som har funktionshinder och är homosexuell kan det bli särskilt komplicerat att utöva sin sexualitet.

Det behöver finnas möjligheter att ta upp frågor om sexualitet och funktionshinder inom habilitering, vuxenhabilitering och rehabilitering, på gynekologavdelningar och neurologiska avdelningar samt på ungdomsmottagningar. Utredningen om jämställd vård ägnade ett avsnitt i slutbetänkandet åt bemötandet av kvinnor och män med sexuella problem till följd av sjukdom eller funktionshinder³⁴. Man konstaterade att mäns sexuella problem uppmärksammades oftare än kvinnors och att kvinnor därför fick sämre möjligheter till sexuell rehabilitering. Utredningen betonade också vikten av att både kvinnor och män får tillgång till sexualhjälpmedel.

Tandvård

Tandvården kan innebära komplikationer när man har ett funktionshinder. Vissa magsjukdomar påverkar slemhinnorna, tandköttet och tandhälsan. Många mediciner har liknande konsekvenser. Personer med epilepsi kan få tandskador vid epileptiska anfall. På grund av olycksrisken kan man inte använda proteser, utan behöver ha käkbens-

³⁴ SOU 1996:133 a.a.

implantat, som är mycket kostsamt. En del funktionshinder innebär att människor måste ha stöd av omgivningen för att sköta sina tänder.

Personer som har ett särskilt stort behov av tandvård därför att de har en kronisk sjukdom eller ett funktionshinder kan få ekonomisk ersättning för en del av kostnaderna från försäkringskassan (SFS 1998:1337). De som har stöd och service enligt LSS kan få del av landstingets tandvård. Den räknas då som sjukvård och ingår i högkostnadsskyddet. Men för många människor med funktionshinder innebär tandvården stora kostnader utöver merkostnaderna för sjukvård, medicin osv. Socialstyrelsens utredning om taxor och avgifter för vård och omsorg visade att skillnaderna mellan olika hushålls kostnader för tandvård var betydande³⁵. De högsta redovisade kostnaderna översteg 30 000 kronor år 1997. Socialstyrelsen förutspådde att tandvårdsreformen som trädde i kraft den 1 januari 1999 sannolikt skulle ge ytterligare ökad spridning i kostnader för tandvård.

En del funktionshinder innebär att man behöver anlita specialisttandvård, men väntetiderna är långa, eftersom specialisttandläkarna är få. För personer med rörelsehinder kan det vara svårt att hitta en tandläkarmottagning, som är fysiskt tillgänglig. För dem som är elöverkänsliga är det också nödvändigt att gå till en tandläkare som har inrett sin mottagning så att de utan att bli sjuka kan vistas där den tid behandlingen varar.

14.3 Handikapporganisationernas hälsoinsatser

Handikapporganisationernas verksamhet kan i sig betraktas som hälsofrämjande bl.a. i den bemärkelsen att människor med gemensamma erfarenheter och upplevelser får tillfälle att träffa varandra. En av organisationernas uppgifter är att förmedla kunskap om funktionshindret till medlemmarna. Det kan gälla medicinska rön, nya behandlingsformer och läkemedel, men också information om olika former av hälsoinsatser och stöd från samhället. En del av handikapporganisationernas hälsofrämjande verksamhet utgör komplement när samhällets hälsoinsatser inte är tillgängliga för personer med funktionshinder.

³⁵ Taxor och avgifter för vård och omsorg. Äldreuppdraget 2000:1. Socialstyrelsen 2000.

Rekreation och behandling

Flera stora handikapporganisationer har rekreations- och behandlingsanläggningar. Där kan personer med funktionshinder vistas längre eller kortare tid för utredning, träning och behandling, men också för att få kunskap om sitt funktionshinder och få kontakt med andra med samma funktionshinder. På sin rekreationsanläggning Valjeviken har Neurologiskt handikappades riksförbund exempelvis arbetat för att utveckla möjligheterna till en aktiv fritid för personer med rörelsehinder. Ett resurscentrum för fritid har byggts upp, där rörelsehindrade kan pröva olika aktiviteter och hjälpmedel.

De flesta organisationer ordnar läger, kolonier och andra semesteraktiviteter för både familjer, barn och ungdomar. "Må-bra-veckor" och "Kom-i-form-kurser" är andra former av hälsoinsatser. Kurser och uppsökande verksamhet för personer som nyligen fått en sjukdom eller ett funktionshinder är också vanliga verksamheter i handikapporganisationerna. Synskadades Riksförbund har prövat några modeller för motion för sina medlemmar. "Motionslunken", där medlemmar promenerar enskilt eller tillsammans, ordnas sedan ett antal år. Synskadades Riksförbund har också haft ett projekt med skidåkning med ledsagning. Förbundet står för ledsagarkostnaden, men det är svårt att rekrytera ledsagare.

Rekryteringsgruppen arbetar med aktiv rehabilitering för barn, ungdomar och vuxna med rörelsehinder. Idrotten är en mycket viktig del i träningen. Man erbjuder arbetsterapi, sjukgymnastik och friskvård, samt ordnar läger.

14.4 Bedömning

Funktionshinder försämrar på olika sätt förutsättningarna för en god hälsa. Det är därför angeläget med vissa insatser som syftar till att skapa förutsättningar för en bättre hälsa för personer med funktionshinder.

Merkostnader och funktionsnedsättning

Under 1990-talet har kostnaderna stigit för sjukvård, medicin, tandvård, behandling av olika slag, resor i samband med sjukvård osv. För många enskilda innebär det att de måste avstå från hälsoinsatser som kostar pengar, exempelvis tandvård, motion och rekreation. Detta drabbar personer med funktionshinder, som ofta har höga kostnader för

hälso- och sjukvård. I synnerhet gäller det kvinnor som generellt har sämre ekonomi än män.

De senaste åren har både Avgiftsutredningen samt Boende- och Avgiftsutredningen utrett frågan om avgifter och merkostnader på grund av funktionshinder. Kommittén Velfärdsbokslut och Socialstyrelsen (Äldreuppdraget) har också granskat situationen. Utredningsarbetet har dock inte resulterat i något förslag från regeringen. Det behövs därför åtgärder för att kompensera merkostnader för hälsoinsatser för personer med funktionshinder.

Personer med funktionshinder har inte samma möjligheter som andra att teckna privata liv-, olycksfalls- och sjukvårdsförsäkringar. Frågan har utretts i många år, och förhandlingar har förts mellan handikapprörelsen och försäkringsbolagen, men det har hittills inte varit möjligt att komma till rätta med begränsningarna i rätten att teckna försäkringar. Det bör därför övervägas om lagstiftning behövs för att upphäva begränsningarna när det gäller funktionshindrade personers rätt att teckna privata liv-, olycksfalls- och sjukvårdsförsäkringar.³⁶

Stöd till barn med funktionshinder

Barn med funktionshinder får i vissa fall inte det stöd och inte heller den träning och behandling de behöver. Detta får negativa konsekvenser för barnens emotionella, sociala, intellektuella och motoriska utveckling och därmed också för deras hälsa. Det behövs därför insatser för att stärka och utveckla verksamheten inom framför allt barn- och ungdomshabilitering så att barn med funktionshinder får den stimulans och träning de behöver för sin utveckling.

Hälsoförutsättningar för barn med funktionshinder kan också förbättras genom att definitionen av hjälpmedel vidgas så att den anpassas till barnens behov av exempelvis leksaker och redskap för fritidsaktiviteter.

För den fortsatta utvecklingen av en hälsofrämjande skola är det angeläget att behoven hos barn med funktionshinder uppmärksammas, så att den blir en hälsofrämjande skola för alla. Möjligheterna för funktionshindrade elever att delta i skolans idrottsundervisning bör särskilt beaktas.

³⁶ Ett avtal har tecknats mellan staten och Sveriges försäkringsförbund med inriktning på genetiska frågor. Se avsnitt 14.2.1. Försäkringsbolagen förbinder sig bl.a. i avtalet att inte införa krav på genetiska undersökningar vid prövning av ansökan om försäkring. Avtalet gäller t.o.m. år 2002.

Anhöriga till personer med funktionshinder, framför allt föräldrar som har funktionshindrade barn, behöver ett gott stöd, både praktiskt, ekonomiskt, socialt och psykologiskt.

Möjligheter till förlängd utbildningstid

Det finns ett väl belagt samband mellan utbildning och hälsa. Personer med lång utbildning har bättre hälsa och högre medellivslängd än personer med kort utbildning. Ett funktionshinder minskar ofta möjligheterna att skaffa sig en lång utbildning, bl.a. därför att personen ofta behöver längre tid för att genomföra sina studier. Möjligheterna att studera på individuellt anpassade program inom grundskolan och gymnasieskolan behöver därför förbättras. Reglerna för studiestöd från Centrala studiestödsnämnden, CSN, behöver vidare ses över med syfte att förbättra möjligheterna till förlängd studietid för högskolestuderande med funktionshinder.

Delaktighet i arbetslivet

Att ha ett arbete är en viktig hälsofaktor. Det råder dock stora brister i insatserna för att ge fler personer med funktionshinder möjligheter att delta i arbetslivet, bl.a. därför att samordningen av de insatser som görs av olika parter inte fungerar bra. Den process som behövs för att en person med funktionshinder skall komma in i arbetslivet får inte heller alltid ta den tid som krävs. För att komma till rätta med de brister som finns i dag behövs ett långsiktigt samarbete mellan Arbetsmarknadsverket, försäkringskassan och exempelvis de fackliga organisationerna, handikapprörelsen, arbetsgivare samt kommunens LSS-insats.

Tillgången till arbetshjälpmedel behöver också förbättras. Enskilda individer riskerar i dag att falla mellan stolarna därför att ansvaret bollas mellan olika ansvariga.

Fysisk aktivitet genom kontinuerlig träning och behandling

Fysisk aktivitet har en grundläggande betydelse för hälsan. För personer med funktionshinder är det ofta svårt att delta i de olika former av motion som erbjuds allmänheten. Den fysiska aktiviteten kan i stället bestå av exempelvis sjukgymnastik. De flesta personer med funktionshinder behöver sådan återkommande träning och behandling regelbundet under hela livet. Det är ett samhällsansvar att funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion och träning på sina egna villkor.

Psykologiskt stöd

Det finns ett stort behov av psykologiskt stöd för personer med olika slags funktionshinder. Särskilt behöver funktionshinder som innebär kommunikationssvårigheter uppmärksammas, exempelvis dövhet och hörselskada samt utvecklingsstörning, Damp/ADHD och tal- och språkstörningar. Det psykologiska stödet till dessa grupper behöver utformas med hjälp av specialkunskap om de olika kommunikationsformer som behövs.

Utvecklingsmedel till handikapporganisationerna för hälsoinsatser

För personer med funktionshinder är det nödvändigt att kunna skaffa sig kunskap om det egna funktionshindret för att kunna stärka och utveckla en god hälsa. Ett sätt att tillgodose detta är att ge handikapporganisationerna tillsammans med andra aktörer medel för att i projektform pröva olika former av hälsofrämjande insatser.

Kunskap om funktionshinder

Kunskapen om funktionshinder behöver förbättras inom skolhälsovården samt hos dem som arbetar med hälsofrågor, hälsoupplýsning osv. Det kan exempelvis ske inom ramen för det nationella program för kompetensutveckling om funktionshinder, som nu utarbetas av Statens institut för särskilt utbildningsstöd, Sibus. I utbildningen är det viktigt att förmedla kunskap om de särskilda hälsovillkor som gäller för invandrare med funktionshinder.

Funktionshinder finns inte med i alla kommuners folkhälsoplaner. Det är därför värdefullt att det upprättas folkhälsoplaner i alla kommuner och att funktionshinder finns med som en särskild hälsofaktor i dessa planer.

Tillgänglighet

Det finns stora brister i tillgängligheten för personer med funktionshinder när det gäller lokaler för hälso- och sjukvård. Bristerna finns inte minst inom den förebyggande hälsovården för kvinnor. Bristen på tillgänglighet gäller också platser för motion och rekreation, samt lekplatser. Dessa brister behöver kartläggas, vilket exempelvis kan ske inom ramen för det nationella tillgänglighetscenter som nu inrättas hos Handikappombudsmannen.

Olycksrisker inom färdtjänsten

En studie som genomförts vid Lunds tekniska högskola visar att det finns stora brister i säkerheten inom färdtjänsten med incidenter och olycksfall som följd.³⁷ Orsaken är oftast att rullstolen inte har blivit ordentligt fastsatt och att säkerhetsbältena inte fungerar. I- och urstigning är också en olycksrisk. Det behövs således åtgärder för en högre säkerhet inom färdtjänsten.

Forskningsbehov

Det finns stora kunskapsluckor när det gäller funktionshindrades hälsosituation och behovet av insatser. Här anges några områden där det behövs forskningsinsatser.

Flera utredningar har konstaterat att personer med funktionshinder har stora merkostnader för hälsoinsatser. Det finns dock bristfälliga uppgifter om hur stora kostnaderna verkligen är, och vilka konsekvenser dessa kostnader får för den privatekonomiska situationen för personer med olika funktionshinder. Det är angeläget med fördjupad kunskap på området.

Personer med funktionshinder är klart underrepresenterade i högskoleutbildningen. Enstaka vetenskapliga studier har gjorts om de svårigheter som vissa grupper möter i studiesituationen, men det behövs fördjupad kunskap om hindren för att rätt åtgärder skall kunna vidtas.

Rehabiliteringsutredningen har nyligen presenterat beräkningar som visar att yrkesinriktad rehabilitering är mycket lönsam för samhället. Det är också angeläget med en utvärdering av kostnaderna för bristande rehabilitering i form av kontinuerlig träning och behandling för personer med olika funktionshinder. Kostnaderna drabbar både individen och samhället i form av utebliven arbetsinkomst och ökade utgifter för stöd, assistans, sjukvård osv.

Socialvetenskapliga forskningsrådet, SFR, har i uppdrag att samordna handikappforskningen. Rådet har också ett särskilt folkhälsoprogram. Det är viktigt att det nya forskningsråd som avses inrättas, och som skall handha SFR:s nuvarande frågor, särskilt uppmärksammar behovet av forskning om funktionshinder och hälsa.

³⁷ Komfort och säkerhet i samband med färdtjänstresor. Vägverket 1999:149.

15 Homo- och bisexuellas hälsa¹

Homo- och bisexualitet har troligen funnits i alla tider och i alla kulturer. Homo- och bisexualitet är inte någon sjukdom som smittar eller går att bota. Det förtjänar att påpekas därför att homosexualitet togs bort från Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar så sent som år 1979.²

Det är mycket svårt att bedöma antalet homo- och bisexuella. Anledningen till detta är delvis att det är svårt att definiera vilka som är homo- och bisexuella eftersom definitionerna ibland syftar på identitet och ibland på beteende. De flesta senare studier visar att människor ofta inte är exklusivt homo- eller heterosexuella utan istället befinner sig på en glidande skala där exklusivt homo- och heterosexuella är ytterligheterna.³

Kunskapen om homo- och bisexuellas levnadsvillkor och hälsa är bristfällig. Det finns t.ex. inga studier som visar hur homo- och bisexuellas hälsa ser ut i Sverige. Ett exempel på en internationell studie är den norska NOVA-undersökningen.⁴ Eftersom synen på sexualitet och villkoren för homo- och bisexuella kan variera i olika samhällen är det osäkert i vilken utsträckning man kan föra över resultaten från den norska undersökningen till svenska förhållanden. Det är dock troligt att studien kan visa på tendenser som finns även i Sverige.

¹ Kapitlet är skrivet av kommitténs sekretariat mot bakgrund av bl.a. ett underlagsmaterial med referenser som har ställts till kommitténs förfogande av RFSL.

² SOU 1984:63. *Homosexuella och samhället*. Stockholm. Slutbetänkande av Utredningen om homosexuellas situation i samhället.

³ Widegren B, Ytterberg H. *Homosexuellas rättigheter*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 1995.

⁴ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn*. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 1/1999. Oslo.

15.1 Att ”komma ut”

Homo- och bisexuella är en unik minoritet i den meningen att man måste deklarera sig själva för att synas.

Att *komma ut* (av ”komma ut ur garderoben” – ”Out of the closet”) är ett viktigt begrepp för homo- och bisexuella. ”Komma ut” står för både den individuella processen att bli medveten om sin sexuella läggning, att acceptera den och få den bekräftad samt att slutligen integrera homosexualiteten i sin identitet och våga vara öppen inför omgivningen.

Denna process är unik för homo- och bisexuella. Någon liknande motsvarighet för heterosexuella eller någon annan grupp finns inte. Att ”komma ut” är ingenting annat än att sluta ljuga – för sig själv och för andra. Det är även en livslång process. Varje gång man träffar en ny person måste den homo- eller bisexuelle bestämma sig för om, när och hur man skall berätta om sin sexuella läggning.

När man växer upp som homo- eller bisexuell och börjar berätta om sina känslor är det fortfarande inte ovanligt att man inte blir trodd. Den norska NOVA-undersökningen har visat att homo- och bisexuella ungdomar i betydligt större utsträckning än sina heterosexuella kamrater har funderat på och försökt att ta sina egna liv.⁵ Verkligheten för homo- och bisexuella barn, ungdomar och unga vuxna är sådan att en stor del av den egna energin går åt till att ständigt vara på sin vakt och ständigt spela med i ett spel som går ut på att omgivningen inte skall upptäcka vem man är. För den som inte lyckas med det, eller som i längden inte orkar bry sig om att spela med, väntar ibland en förlösande befrielse (komma ut) men inte sällan blir resultatet för den som är barn eller tonåring i stället missriktade tillrättavisningar från vuxna och utanförskap eller mobbning från jämnåriga.⁶

Diskriminering av homo- och bisexuella

Det finns två olika sorters diskriminering av homosexuella – en öppen och en dold. Den öppna diskrimineringen kan ta sig många former. Misshandel, förolämpningar och förtal är inte ovanligt. Andra former av öppen diskriminering är t.ex. diskriminering i arbetslivet.

⁵ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. a.a.

⁶ SOU 1984:63. *Homosexuella och samhället*. Stockholm. Slutbetänkande av Utredningen om homosexuellas situation i samhället. Samt: Prop. 1986/87:124 om homosexuellas situation i samhället.

Den dolda diskrimineringen av homo- och bisexuella innebär att de blir "osynliggjorda". Osynliggörandet av homo- och bisexuella innebär bl.a. att man förutsätter att alla är heterosexuella och därigenom inte ser de enskilda individerna. Denna diskriminering kan leda till att homosexuella censurerar sig själva, får bristande självrespekt och inte vågar hävda sina rättigheter.⁷

15.2 Homo- och bisexuellas hälsa

I likhet med t.ex. etniska minoriteter är homo- och bisexuellas hälsa relaterad till både livsstil och diskriminering. Det är inte helt lätt att särskilja dessa faktorer eftersom en stor del av gaykulturen har sin upprinnelse i ett utanförskap. Det är dock troligt att en del av den ohälsa som finns inom denna grupp skulle existera även om gruppen inte diskriminerades eftersom homo- och bisexualitet bl.a. kan innebära att man förlänger sin adolescens och bildar familj senare. Skillnader mellan heterosexuellas respektive homo- och bisexuellas sexuella praktiker medför också skillnader i hälsa. Homo- och bisexuella skulle även, utan diskriminering, uppleva påfrestningar när man upptäcker sin sexuella läggning.

Våld och andra brott mot homo- och bisexuella

I rapporten "De utsatta: Brott mot homosexuella kvinnor och män" visar Eva Tiby att 26 procent av de tillfrågade homosexuella någon gång utsatts för brott på grund av sin sexuella läggning.⁸ Av dessa hade 45 procent utsatts för hot och 43 procent för våld. Det är främst männen som utsatts för våld. Ca 50 procent av de utsatta männen hade drabbats av våldsbrott medan motsvarande siffra för den kvinnliga populationen var 25 procent. Homosexuella drabbas även i betydligt högre grad av trakasserier och mobbning på arbetsplatser och i skolan än befolkningen i övrigt. Eva Tibys studie visar att homosexuella under en tolv månaders period löper dubbelt så stor risk att drabbas av våld och hot som befolkningen i övrigt. Detta bekräftas även i den norska NOVA- rapporten "Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn".

⁷ Widegren B, Ytterberg H. a.a.

⁸ Tiby E. *De utsatta – Brott mot homosexuella kvinnor och män*. Folkhälsoinstitutet. Rapport 2000:3

Enligt Eva Tibys avhandling är den huvudsakliga anledningen till att homosexuella utsätts för brott i större omfattning än befolkningen i övrigt ett resultat av homofobi. Ursprunget till homofobi är komplext. Studier av gärningsmännen visar att de ofta känner en osäkerhet inför den egna sexualiteten. Det förekommer även att gärningsmännen känner en attraktion till offret. Andra anledningar till homofobi kan vara religiösa, politiska eller andra grundläggande värderingar som innebär att man uppfattar homosexuella och/eller homosexualitet som något förkastligt.

Psykisk hälsa

Homosexuella har enligt Nova-undersökningen en sämre psykisk hälsa än befolkningen i stort. Av undersökningen framgår det att andelen homosexuella som funderat på att begå självmord är betydligt högre än i befolkningen i stort. Vidare framgår det att självmordsförsök är betydligt vanligare bland den homosexuella gruppen än bland befolkningen i stort. En avsevärt större del av homosexuella i undersökningen har någon gång funderat på att begå självmord.⁹

Anledningen till att homo- och bisexuella har sämre psykisk hälsa än den norska befolkningen i övrigt är komplex. En stor del av den psykiska ohälsan är, enligt NOVA-undersökningen, kopplad till psykisk stress. En av anledningarna till att homo- och bisexuella ofta är mer stressade än befolkningen i övrigt är den ovan nämnda "komma ut" processen. Att "komma ut" inför sig själv och acceptera sin egen sexualitet kan för många vara mycket psykiskt ansträngande. Det innebär även en stor stress att i varje ny kontakt behöva ta ställning till om man skall "komma ut" eller inte berätta. Stigmatisering, diskriminering och ensamhet bidrar naturligtvis till den upplevda stressen.¹⁰

Det är troligt att homo- och bisexuella skulle uppleva en större psykisk stress då de upptäcker sin sexuella läggning än ungdomar i övrigt även om homo- och bisexuella inte skulle diskrimineras. Anledning till detta är att man som homo- och bisexuell ofta saknar förebilder till och med i den egna familjen och att man tillhör en minoritet, vilket medför att formandet av den sexuella identiteten blir mer komplicerad.

⁹ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. a.a.

¹⁰ a.a.

Alkoholkonsumtion

Det finns studier som tyder på att homo- och bisexuella män och kvinnor konsumerar mer alkohol än befolkningen i stort samt att de alkoholrelaterade problemen är större än i befolkningen i stort. Framför allt gäller detta den lesbiska gruppen.¹¹

Homo- och bisexuellas alkoholkonsumtion skiljer sig från befolkningens i övrigt på flera olika punkter. En skillnad är att det är färre homo- och bisexuella som inte konsumerar någon alkohol alls. I en studie gjord av Karin Helmersson Bergmark framgår det att det i den homosexuella gruppen endast var 5,4 procent av de lesbiska som avstått från alkohol under den senaste månaden, medan andelen kvinnor i hela befolkningen som avstått var 12,5 procent. Andelen män i hela befolkningen som avstått från alkohol var 9,2 procent vilket innebär att lesbiska även avstår från alkohol i mindre utsträckning än den manliga befolkningen i stort. Kvinnor konsumerar generellt mindre alkohol än män. I den homosexuella gruppen är dock dessa skillnader mindre. Det förefaller som om lesbiskas alkoholkonsumtion är mer lik den manliga populationens, både vad gäller konsumtion och erfarenheter av alkohol.¹²

Homosexuella män förefaller att dricka ungefär lika mycket som andra män. En betydande skillnad är dock att de homosexuella männen förefaller få mer problem på grund av sin alkoholkonsumtion. De uppger att de oftare upplever att de konsumerar mer alkohol än de vill. De känner oftare att de förlorar kontrollen när de konsumerar alkohol. De är även mer oroade för att bli alkoholberoende.¹³

Alkoholkonsumtionen hos homo- och bisexuella innebär att denna gruppas alkoholproblem skiljer sig från befolkningens i övrigt. Den relativt höga alkoholkonsumtionen bland lesbiska bedöms i Karin Helmersson Bergmarks rapport som särskilt allvarlig. Man skall inte heller bortse från de rapporterade alkoholrelaterade problemen hos de homosexuella männen. Även om deras totalkonsumtion inte är högre än andra mäns så förefaller gruppens alkoholbeteende skilja sig från andra män på ett oroande sätt.¹⁴

Det finns flera olika anledningar till detta. En delförklaring kan vara att alkohol har en framträdande roll i gaykulturen.¹⁵ En annan förklaring är tendensen hos homo- och bisexuella att leva singelliv i större

¹¹ Begmark Helmersson K. Drinking in the Swedish gay and lesbian Community. I: *Drug and Alcohol Dependence* 56 1999 133-143.

¹² a.a.

¹³ a.a.

¹⁴ a.a.

¹⁵ a.a.

utsträckning. Till skillnad från befolkningen i övrigt finns det tecken på att homo- och bisexuella inte minskar sin alkoholkonsumtion med stigande ålder. Det finns även tendenser som tyder på att den höga alkoholkonsumtionen skulle vara ett symptom på att homo- och bisexuella i högre utsträckning mår psykiskt dåligt eftersom de är en utsatt grupp.¹⁶ I den norska NOVA-undersökningen menar man att det bland homosexuella finns en dubbel rekryteringsbas till alkoholkonsumtion; dels gaykulturen och dels homosexuellas ensamhet och livssituation i övrigt.¹⁷

Narkotikamissbruk

Det saknas svenska studier om narkotikamissbruk bland homo- och bisexuella. I den norska NOVA-undersökningen om homosexuellas livsvillkor framgår det att narkotikamissbruk bland homo- och bisexuella är betydligt oftare förekommande än bland befolkningen i övrigt. Av den norska undersökningen framgår det att t.ex. cannabismissbruket bland unga homo- och bisexuella är dubbelt så högt som bland andra unga som bor i Oslo. De vanligaste narkotiska preparaten som homo- och bisexuella använder är cannabis, ecstasy, läkemedel och så kallade "poppers".

"Poppers" är en drog som ofta förknippats med den manliga gaykulturen. Drogen påverkar hjärtat och anses vara extasförhöjande. I den norska undersökningen framgår det att ca 20 procent av de manliga homosexuella använt sig av poppers någon gång under de senaste 12 månaderna. Det är vanligare att unga missbrukar narkotika i högre omfattning än äldre. Vad gäller missbruket av poppers förefaller det som om denna skillnad inte existerar. I den norska undersökningen är missbruket lika vanligt i de äldre ålderskategorierna som i de yngre.¹⁸

Det finns troligen flera anledningar till det höga narkotikamissbruket bland homosexuella. Gaykulturen är säkert bidragande, men även högre frekvens av ensamhet och psykisk ohälsa. Den diskriminering som innebär att homo- och bisexuella ofta inte känner sig delaktiga i samhället kan innebära att man har lättare att bryta mot normerna i samhället. Robert D Putnam har i sin bok "Bowling Alone – The Collapse and Revival of American Community" visat att socialt kapital är viktigt för bibehållande av ett hälsosamt beteende.¹⁹ Det utanförskap

¹⁶ a.a.

¹⁷ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. a.a.

¹⁸ a.a.

¹⁹ Putnam R D. *Bowling Alone – the Collapse and revival of American Community*. Nex York. Simon & Schuster 2000.

som många homo- och bisexuella upplever kan alltså bidra till en minskad benägenhet att ta till sig "de andras" normer, vilket delvis skulle kunna förklara den relativt höga andelen homosexuella som missbrukar narkotika.

Hiv och andra sexuellt överförda sjukdomar

Gruppen män som har sex med män är kraftigt överrepresenterad vad gäller hiv. 41 procent av de hivinfekterade och 57 procent av de aids-sjuka tillhör denna grupp. Det är även i denna grupp som den största smittspridningen sker i Sverige.²⁰ Anledningen till att hiv/aids har slagit hårt mot denna grupp är att gruppens sexuella praktiker innebär ökad risk för smittspridning.

Hiv och aids har haft stor påverkan på den homosexuella gruppen eftersom en förhållandevis stor del av de homo- och bisexuella männen avlidit eller smittats av sjukdomen. I den norska NOVA-rapporten uppger 29 procent av bögarne att de förlorat någon i sjukdomen som stod dem nära och 33 procent anger att de har en nära vän som är hivinfekterad eller sjuk i aids.

Övriga sexuellt överförda sjukdomar (STD) förefaller inte vara vanligare bland den homo- och bisexuella gruppen än hos befolkningen i övrigt.²¹ Bland exklusivt lesbiska är det troligen betydligt mer ovanligt med STD än hos befolkningen i stort.

Andra hälsoproblem hos homo- och bisexuella

Det finns studier som tyder på att lesbiska kvinnor är överrepresenterade vad gäller bröstcancer, livmoder- och äggstockscancer. Detta är troligen relaterat till ett lägre barnafödande och mindre användande av p-piller hos lesbiska jämfört med andra kvinnor. Studier har även visat att lesbiska inte går på mammografi och cellprovtagning lika ofta som kvinnor i övrigt.²²

²⁰ Folkhälsoinstitutet. *Nationell handlingsplan mot hiv/STD under perioden 2000-2005*. Stockholm. Folkhälsoinstitutet 2000.

²¹ SOU 1993:98. *Partnerskap*. Slutbetänkande från Partnerskapskommittén.

²² Westerstahl A. *Lesbisk hälsa – En översikt av hälsofrågor i en marginaliserad grupp*. Folkhälsoinstitutet. F-serie nr 3 1996.

15.3 Orsaker och möjligheter att påverka

Som beskrivits ovan kan ohälsa hos homo- och bisexuella dels härledas från diskriminering och dels från livsstilsfaktorer. En stor del av homo- och bisexuellas ohälsa kan härledas från den stress som många upplever i samband med att de upptäcker sin sexuella läggning och när de "kommer ut" som homo- eller bisexuella. Den ökade toleransen till homo- och bisexualitet som idag råder i samhället medför att det nu kan vara lättare att "komma ut" som homo- eller bisexuell än för 10–15 år sedan. Detta betyder dock inte att det skulle vara oproblematiskt för unga homo- och bisexuella att "komma ut" även om samhället var helt befriat från diskriminering och förtryck av homo- och bisexuella. Att tillhöra en minoritet, även i sin egen familj, kommer alltid att innebära svårigheter.

Det saknas idag kunskap om många av orsakerna till de ovan nämnda livsstilsfaktorerna. Homo- och bisexuellas alkohol och drogvanor är relaterade till gaykulturen, men även till brist på psykiskt välbefinnande. Den höga frekvensen av hiv hos män som har sex med män och den låga frekvensen av hiv och övriga STD hos lesbiska är relaterad till sexuella praktiker. Detsamma gäller för vissa gynekologiska besvär hos lesbiska.

Det är tydligt att diskriminering orsakar betydande ohälsa hos homo- och bisexuella både psykiskt och fysiskt eftersom diskrimineringen är direkt kopplad till våld.

Socialt kapital

I Nationella folkhälsokommitténs delbetänkande "Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål" (SOU 1999:137) visas det att sociala nätverk och socialt stöd har stor betydelse för individers och gruppernas hälsa. Homo- och bisexuella lever oftare ensamma och har inte heller lika nära relationer till sina släktingar som den övriga populationen.²³ Studier har visat att homosexuella oftare har kontakt med grannar och vänner enligt den norska NOVA-undersökningen.²⁴ Detta skulle kunna tyda på att skillnaden till en del kan förklaras med att homo- och bisexuellas sociala relationer är en följd av att dessa avstår eller bildar familj senare i livet.²⁵

²³ Hegna K, Kristiansen H W, Moseng Ulstein B. a.a.

²⁴ a.a.

²⁵ a.a.

För gruppen homo- och bisexuella invandrare är ofta dessa problem större. Många homo- och bisexuella invandrare kommer från kulturer där homo- och bisexualitet är ytterst tabubelagt. Dessa personer har ofta sämre kontakt med sin familj än andra homo- och bisexuella. Eftersom invandrare i sig är en diskriminerad grupp så blir stigmatiseringen och utanförskapet ofta dubbelt för denna grupp. Språk och kultur kan medföra att det är svårt att umgås med andra homo- och bisexuella och den egna kulturens stigmatisering av homosexuella medför att de inte kan "komma ut" inför sina landsmän. Resultatet av detta utanförskap blir att man inte känner sig hemma i något sammanhang.²⁶

Mötet med vården

Studier har visat att lesbiska ofta känner en stor misstro mot hälso- och sjukvården. Anledningen till detta är rädsla för oförstående och att många blivit dåligt bemötta av personal när de berättat om sin sexuella läggning. Två tredjedelar av de lesbiska saknar tilltro till barnmorskans/gynekologens kunskaper om lesbiskas speciella situation.²⁷

Dessa upplevda brister i bemötande och kunskaper förhindrar eller försvårar ställandet av korrekta diagnoser. De brister i bemötandet och de bristande kunskaper om lesbiskas situation och särskilda hälsorisker som existerar inom hälso- och sjukvården får följaktligen direkta hälsokonsekvenser.²⁸

Bemötandet inom vården innebär även att många homo- och bisexuella väljer att inte söka behandling för alkohol- och narkotikamissbruk. Som beskrivits ovan kan narkotika- och alkoholmissbruk bland homo- och bisexuella bl.a. härledas från upplevda problem med stigmatisering och diskriminering. Många homo- och bisexuella genomgår behandling utan att berätta om sin sexuella läggning. För dessa personer ger ofta behandlingen sämre resultat än vad den skulle ha gett om de inte upplevt att de riskerar att bli stigmatiserade och/eller diskriminerade.²⁹

²⁶ Thomas H. *Levevillkor og livskvalitet blandt homoseksuelle indvandrerkvinder og indvandrermænd i Sverige*. Ej publicerad pilotstudie. Folkhälsoinstitutet.

²⁷ Westerståhl A. a.a

²⁸ a.a.

²⁹ Begmark K H. Drinking in the Swedish gay and lesbian Community. I: *Drug and Alcohol Dependence* 56 1999 133-143.

Sex- och samlevnadsundervisningen m.m.

För att underlätta för unga att ”komma ut” både inför sig själva och för andra är det viktigt att skolans sex- och samlevnadsundervisning håller en hög kvalitet. Idag är det stor skillnad mellan olika skolor vad gäller kvalitén på sex- och samlevnadsundervisningen. Kvalitén är ofta beroende av enskilda lärares och annan skolpersonals engagemang för frågorna.

Det är viktigt att homo- och bisexualitet inte behandlas separat i sex- och samlevnadsundervisningen utan istället ses som en integrerad del i undervisningen om sexualitet. Homo- och bisexualitet förknippas ofta med hiv/aids och andra problem och inte med kärlek, förälskelse och sensualism, vilket ökar stigmatiseringen och vanföreställningar om homo- och bisexuella. Homo- och bisexuella elever upplever ofta att alla elever förutsätts vara heterosexuella, vilket ytterligare försvårar deras formande av en egen identitet.³⁰ Det är idag vanligt att företrädare för RFSL bjuds in till skolor för att diskutera homosexualitet med eleverna. Denna verksamhet har visat sig vara mycket värdefull, både för att ge homo- och bisexuella elever förebilder och för att motverka vanföreställningar om homo- och bisexuella respektive homo- och bisexualitet.

Att alla förutsätts vara heterosexuella är ofta ett problem för homo- och bisexuella ungdomar när de kommer i kontakt med sexualrådgivningen och ungdomsmottagningar. Att ungdomar ofta förutsätts vara heterosexuella innebär att de inte vågar berätta om sin sexuella läggning. Det är därför viktigt att man på ungdomsmottagningarna inte förutsätter att alla har samma ”normala” sexuella läggning.

Utsatthet för brott

Eftersom homo- och bisexuella utsätts för brott i högre utsträckning än befolkningen i övrigt är det angeläget att de har förtroende för att polisen tar brott mot homo- och bisexuella på allvar. Anmälningssbenägenheten hos homosexuella är inte lägre än hos andra grupper. Det finns dock många som inte anmäler brott på grund av att de tror att polisen inte har förmåga att lösa fallet eller för att de är rädda att bli stämplade som homosexuella hos polisen. Av de homosexuella som anmäler brotten så hävdar tre fjärdedelar att de blivit väl bemötta av polisen. Oroande är att en fjärdedel av dem som utsatts för brott på

³⁰ Widegren B, Ytterberg H. a.a.

grund av sin sexuella läggning inte berättat för polisen om sin homosexualitet.³¹

Den högre andelen narkotikamissbrukare och personer med alkoholproblem i den homo- och bisexuella gruppen enligt redovisade undersökningar tyder på att förebyggande insatser bör specialinriktas mot denna grupp. För att nå gruppen med information behövs kulturkompetens vid utformningen av informationen. På hiv-området har RFSL tagit ett stort ansvar för det förebyggande arbetet bland män som har sex med män. Detta arbete har visat sig framgångsrikt. Man kan tänka sig en liknande modell för det förebyggande arbetet inom alkoholområdet.

Det hiv-förebyggande arbetet gentemot män som har sex med män har varit inriktat på att öka benägenheten att praktisera säkrare sex. Det är viktigt att detta arbete fortsätter. De nya framgångsrikare medicinerna kan innebära att ett säkrare sexbeteende hos gruppen inte vidmakthålls. Sådana tendenser har man sett i t.ex. USA.³²

Ofullständig kunskap och forskningsbehov

Det saknas idag heltäckande kunskap om homo- och bisexuellas hälsa. Det innebär att man inte har tillförlitlig kunskap om hur gruppens fysiska resp. psykiska hälsa är i jämförelse med andra grupper. Mot bakgrund av bl.a. den norska NOVA-undersökningen finns det dock anledning att tro att gruppen har sämre hälsa än befolkningen i stort. Det är därför angeläget att göra generella studier av homo- och bisexuellas situation i Sverige.

De homo- och bisexuella invandrarna mår troligen sämre än gruppen i övrigt. På initiativ av Folkhälsoinstitutet har en studie inletts för att studera de homosexuella invandrarnas situation.

Homo- och bisexuellas utsatthet för brott är genom Eva Tibys avhandling relativt väl belyst. Vi saknar dock tillräcklig kunskap om gärningsmännen och hur man kan minska brotten mot homo- och bisexuella.

Det saknas kunskaper om varför homo- och bisexuella förefaller att ha en högre andel personer med alkoholproblem och narkotikamissbruk. Förklaringen till det högre missbruket är troligen relaterad till såväl livsstilsfaktorer som diskriminering och utanförskap. Hur dess olika faktorer relaterar till varandra är dock oklart. Det saknas även kun-

³¹ Tiby E. *De utsatta – Brott mot homosexuella kvinnor och män*. a.a.

³² Denning P, Nakashima AK, Wortley P. Increasing rates of unprotected anal intercourse among HIV-infected men who have sex with men in the United States. Durban. XIII International AIDS Conference 2000.

skaper om effektiva metoder för att förebygga missbruk i dessa grupper.

För att kunna motverka en ökad spridning av hiv behövs studier som fokuserar på riskbeteenden, och hur dessa riskbeteenden förändras över tid. Det finns få svenska studier som fokuserar på att förklara varför vissa personer tar mer sexuella risker än andra.

Lesbiskas hälsa är dåligt utredd, både i Sverige och internationellt. Som redovisats ovan finns det studier som tyder på att lesbiska har en högre frekvens av bröst-, livmoder- och äggstockscancer. Vad detta beror på är dock oklart och behöver undersökas närmare.

En bidragande orsak till dåliga kunskaper om homo- och bisexuellas hälsa kan vara de metodologiska problem som uppstår när man skall studera gruppen. Det har nämnts att det finns svårigheter när man skall definiera gruppen. Andra svårigheter är att hitta ett representativt urval av individer eftersom storleken och ramarna för populationen är okända. Ett annat problem är att homo- och bisexuella ofta döljer sin sexuella läggning och därför inte är beredda att delta i undersökningar. I studier av homo- och bisexuella har det visat sig att det varit svårare att få ett representativt urval av kvinnor än av män. Detta kan vara en följd av att de homo- och bisexuella männen har mer utåtriktade aktiviteter. Det är därför angeläget att metoderna för att studera gruppen utvecklas och förbättras.

15.4 Befintliga mål och strategier

Det saknas idag nationella mål för homo- och bisexuellas hälsa. Det finns dock flera aktörer som arbetar med frågor om homo- och bisexuellas situation i samhället.

Efter utredningen år 1984 om homosexuellas situation i samhället tilldelades Socialstyrelsen ett "homosexupdrag".³³ Uppdraget överflyttades sedermera till Folkhälsoinstitutet vid dess inrättande. Uppdraget består i att ansvara för en övergripande samordning av insatser för homosexuella, att följa utvecklingen av homosexuellas situation, bl.a. vad gäller eventuell förekomst av diskriminering och i sådant fall överväga i vilka former diskriminering kan motverkas. Till uppdraget hör också att vidta egna och följa andra myndigheters informationsinsatser samt följa forskning om homosexualitet och homosexuellas förhållanden. I uppdraget ingår även att ge stöd till homosexuellas organisationer på riksplanet. Inom ramen för uppdraget har Folkhälsoinstitutet

³³ SOU 1984:63. a.a. Samt: Prop. 1986/87:124 om homosexuellas situation i samhället.

genomfört utbildningar av viktiga yrkesgrupper som personal inom rättsväsendet, skolan och inom hälso- och sjukvården. Folkhälsoinstitutet har även initierat forskning på området.³⁴ Organisationskommittén för Folkhälsoinstitutet (SOU 2000:57) föreslår att uppdraget förs över till HomO.

År 1999 infördes ett förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. I samband med detta inrättades en ombudsman mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO). HomO:s huvuduppdrag är att motverka diskriminering på grund av sexuell läggning i arbetslivet.³⁵

Uppdraget för HomO är annorlunda än Folkhälsoinstitutets uppdrag. Ombudsmannens uppdrag har inte den breda karaktär som Folkhälsoinstitutets så kallade "homosexuppdrag" har. HomO arbetar, i likhet med andra ombudsmän, främst med att stödja enskilda som blivit diskriminerade.

Inom rättsväsendet har begynnande utbildningsinsatser inletts för att öka kompetensen vad avser homo- och bisexuella. Dessa utbildningsinsatser har skett i samarbete med HomO och Folkhälsoinstitutet.

Homo- och bisexuellas organisationer har varit verksamma i hälsoarbetet. Den mest betydelsefulla av dessa är RFSL. RFSL har under femtio år bedrivit såväl sociala och kulturella verksamheter som politiskt arbete på helt frivillig och ideell grund. RFSL:s lokalavdelningars sociala verksamheter har visat sig vara viktiga som stödjande miljöer för gruppen. Dessa verksamheter har med stor sannolikhet haft stor betydelse för utvecklandet av sociala nätverk och socialt stöd för homo- och bisexuella.

I och med hiv epidemin professionaliserades delar av arbetet, bl.a. genom inrättandet av RFSL-rådgivningar i Göteborg, Malmö och Stockholm. Rådgivningarna har kuratorer för psykosocialt stöd men arbetar därutöver med bl.a. hiv-prevention, olika ungdomsverksamheter samt bedriver skolinformation och utbildning som riktar sig till högskolor och universitet. På riksnivå medverkar RFSL i utbildningar för speciella yrkesgrupper som gynekologer, barnmorskor, personal inom missbruksvården, poliser, militärer med flera.

³⁴ Folkhälsoinstitutet. *Rapport om regeringsuppdraget angående homo-sexuellas situation avseende åren 1997–1999*. Folkhälsoinstitutet F-serie nr 5:2000.

³⁵ Lag (1999:133) om förbud mot diskriminering i arbetslivet på grund av sexuell läggning. Samt: Förordning (1999:170) med instruktion för Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO).

En utredning om barn i homosexuella familjer, och homosexuellas möjligheter till adoption pågår. Den parlamentariska utredningen skall lägga sitt förslag senast 2001-01-01.³⁶

Det har kommit ett lagförslag om att förbjuda hets mot homo- och bisexuella.³⁷

15.5 Bedömning

Homo- och bisexuella förefaller att ha en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Anledningen till detta är mångfacetterad. Det verkar som om homo- och bisexuellas hälsa är beroende av såväl livsstilsfaktorer som diskriminering. Hur dessa båda faktorer påverkar varandra är dock oklart.

För att förbättra hälsan hos homo- och bisexuella behövs det förbättrade kunskaper om dessa gruppers hälsa. Det behövs svenska studier som visar på skillnaderna mellan homo- och bisexuellas hälsa och hälsan hos befolkningen i övrigt.

Det behövs även studier av hur olika bestämningsfaktorer påverkar homo- och bisexuellas hälsa. Av särskild stor vikt är det att undersöka vad stressen kring den livslånga "komma ut"-processen innebär för homo- och bisexuellas hälsa samt hur diskrimineringen av homo- och bisexuella påverkar hälsan.

Det viktigaste verktyget för att på sikt minska diskrimineringen av homo- och bisexuella och underlätta för homo- och bisexuella att "komma ut" är undervisningen i skolan. Det är av stor vikt att skolundervisningen blir bättre på att lyfta fram förebilder för homo- och bisexuella och att bryta de vanföreställningar och fördomar som finns om homo- och bisexuella och om homo- och bisexualitet.

För att förebygga narkotika- och alkoholmissbruk bland homo- och bisexuella är det nödvändigt med särskilda åtgärder riktade till målgruppen. Homo- och bisexuellas organisationer har varit aktiva och lyckosamma i det hiv-preventiva arbetet. Det kan även vara lämpligt att ytterligare stödja dessa organisationer i arbetet med att förebygga missbruk.

Många homo- och bisexuella upplever oro inför att berätta om sin sexuella läggning för polis, ungdomsmottagningar, hälso- och sjukvård och andra offentliga organ. Detta beror ofta på rädsla för att bli

³⁶ Kommittén om barn i homosexuella familjer (Ju 1999:02).

³⁷ SOU 2000:88. *Organiserad brottslighet, hets mot folkgrupp, hets mot homosexuella m.m. – straffansvarets räckvidd*. Stockholm. Betänkande av Kommittén om straffansvar för organiserad brottslighet, m.m.

stigmatiserad och/eller diskriminerad. Det är därför nödvändigt att offentliga organ blir bättre på att bemöta homo- och bisexuella. Den utbildning som Folkhälsoinstitutet för närvarande har ansvar för inom ramen för sitt "homosexuppdag" behöver utökas. Av speciell vikt är det att personalen inom hälso- och sjukvården blir bättre i sitt bemötande av homo- och bisexuella.